

XI LECCIONES EN ACTUALIZACIÓN URGENCIAS Y EMERGENCIAS



Ciencia
Sanitaria.es



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria
Socifosa.es

XI Lecciones en Actualización Urgencias y Emergencias



**Ciencia
Sanitaria.es**



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

XI Lecciones en Actualización Urgencias y Emergencias

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: 978-84-19560-97-1

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

Producción editorial e impresión: CienciaSanitaria.es.

Índice

1	ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN EL MANEJO DE LA RETINOPATÍA DEL PREMATURO VANESA RIVERO GUTIERREZ	1
2	TRAUMATISMOS TORACOABDOMINALES CELIA CABRERO RODRÍGUEZ Y ROCÍO FORNEIRO PÉREZ	9
3	NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN CELIA CABRERO RODRÍGUEZ Y ROCÍO FORNEIRO PÉREZ	15
4	EPILEPSIA: MANEJO DE LA PRIMERA CONVULSIÓN EN LA INFANCIA ELIZABETH PATRICIA XICOTENCATL SOTO	21
5	INFARTO OMENTAL COMO ETIOLOGÍA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO BEATRIZ MÉNDEZ ESTEBAN	33
6	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL COMA DIABÉTICO ANA GARCIA LUCAS, MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO, LORENA GOMEZ ESCOBAR, CRISTINA MEDINA MAROTO Y LAURA VELÁZQUEZ RUIZ	39
7	MANEJO DE UNA INTOXICACIÓN AGUDA LORENA GOMEZ ESCOBAR, ANA GARCIA LUCAS, MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO, CRISTINA MEDINA MAROTO Y LAURA VELÁZQUEZ RUIZ	49
8	EPISTAXIS, TAPONAMIENTO ANTERIOR ANA MARIA PEREZ INFANTE	55

9	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS. MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES, ELENA MOROTE CUMPLIDO, ANA ISABEL ALMENA FRANCO, MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA Y M. PILAR NOVALBOS GOMEZ	59
10	ACTUACIÓN EN INTOXICACIONES LAURA VELÁZQUEZ RUIZ, ANA GARCIA LUCAS, MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO, LORENA GOMEZ ESCOBAR Y CRISTINA MEDINA MAROTO	63
11	IDENTIFICACIÓN Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE LAS REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDIOS DE CONTRASTE EN RADIOLOGÍA ANDREA NATAL FUERTES	69
12	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ, MARÍA PINTO RODRIGO, PABLO ALAÑÓN VISO, JESUS BARBA CARMONA Y CARMEN BARBA SANCHEZ	73
13	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES ENDOCRINAS. MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ, MARÍA PINTO RODRIGO, PABLO ALAÑÓN VISO, JESUS BARBA CARMONA Y CARMEN BARBA SANCHEZ	77
14	ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL PACIENTE DONANTE POTENCIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ, MARÍA PINTO RODRIGO, PABLO ALAÑÓN VISO, JESUS BARBA CARMONA Y CARMEN BARBA SANCHEZ	81
15	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) MAYRA FERNANDEZ MENENDEZ	85

16	ACTUACIÓN EXTRAHOSPITALARIA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO: PAPEL DE ENFERMERÍA MARIA LOPEZ CHAVARRIA, CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ, RAÚL YELA SÁNCHEZ, PILAR GONZÁLEZ SÁNCHEZ Y BEATRIZ PEREZ SANCHEZ	91
17	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA PACIENTE EMBARAZADA ANA ISABEL CANTOS APARICIO, MARIA E. AGUILAR RICO, MARIA ESTER SANCHEZ ROMER, AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ Y MIRIAM SORIA GIL	99
18	CARGA FÍSICA Y MENTAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CARLA SUAREZ MONTOTO, MIRIAN VELAZQUEZ RODRÍGUEZ Y JENNIFER MENÉNDEZ RODRÍGUEZ	103
19	COMPLICACIONES DURANTE LA HEMODIÁLISIS ISABEL BACO SOLAR	107
20	ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE PACIENTES CON INFECCIONES DE ORINA. PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO, TANIA CARRION, MARINA HERNANDO MARÍN, MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ Y CECILIA HERNANDO MARÍN	113
21	ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN EN URGENCIAS POR UN PACIENTES CON CÓDIGO ICTUS. PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO, TANIA CARRION, MARINA HERNANDO MARÍN, MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ Y CECILIA HERNANDO MARÍN	117
22	ENFERMERÍA ANTE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y CÓMO SE PROCEDE ANTE ESTA ENFERMEDAD PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO, TANIA CARRION, MARINA HERNANDO MARÍN, MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ Y CECILIA HERNANDO MARÍN	121

23	ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON DRENAJE LUMBAR EXTERNO MARTA MOYA GRIFO, OLGA PÉREZ SILES, AINHOA RUIZ MILLAN, RUBÉN PLANAS CALLES Y MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL	125
24	ALIVIAR EL SUFRIMIENTO EN LA UNIDAD PALIATIVA POR PARTE DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA MARTA MOYA GRIFO, OLGA PÉREZ SILES, AINHOA RUIZ MILLAN, RUBÉN PLANAS CALLES Y MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL	129
25	CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ICTUS AGUDO MARTA MOYA GRIFO, OLGA PÉREZ SILES, AINHOA RUIZ MILLAN, RUBÉN PLANAS CALLES Y MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL	133
26	ACTUACION DE ENFERMERÍA EN UNA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA MARIA ESTER SANCHEZ ROMER, MARIA E. AGUILAR RICO, ANA ISABEL CANTOS APARICIO, MIRIAM SORIA GIL Y AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ	139
27	GUÍA PRÁCTICA DE PRIMEROS AUXILIOS CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ, PILAR GONZÁLEZ SÁNCHEZ, BEATRIZ PEREZ SANCHEZ, MARIA LOPEZ CHAVARRIA Y RAÚL YELA SÁNCHEZ	143
28	APOSITO DE ELECCIÓN EN LA FIJACIÓN DEL CATETER VENOSO PERIFÉRICO FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA, MARIA DONDARZA DIAZ, EVA DIEZMA FERNÁNDEZ Y JAVIER PEÑALVER ALVARO	151
29	SISTEMAS DE TRIAJE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA, MARIA DONDARZA DIAZ, EVA DIEZMA FERNÁNDEZ Y JAVIER PEÑALVER ALVARO	155
30	ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS POR PARTE DE ENFERMERÍA E IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ZULEMA DIAZ RUIZ	159

31 APLICACIÓN DE VÍA INTRAÓSEA EN URGENCIAS. DELFINA PERAL MIER	165
32 ENFERMERÍA DE URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON SEPSIS KATHERINE MISHELL GUAMAN SINCHIGUANO, ELENA BUENDÍA ORTIZ, PAULA MARTÍNEZ YEGUAS, ITZIAR SAIZ MARZAL Y ANA PARDO FERNANDEZ	169
33 LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DESNUTRIDOS Y LA ENFERMERÍA KATHERINE MISHELL GUAMAN SINCHIGUANO, ELENA BUENDÍA ORTIZ, PAULA MARTÍNEZ YEGUAS, ITZIAR SAIZ MARZAL Y ANA PARDO FERNANDEZ	173
34 ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA VANESA RUBIO GARCIA Y MARTA GONZÁLEZ LÓPEZ	177
35 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO. MARINA GÓMEZ ALONSO, CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA, CARLOS LARRAÑETA ESPADAS, GLORIA MORA ALCÁZAR Y LUCÍA MARRA MORALES	181
36 CUIDADOS DE LA PERSONA CON DIABETES MELLITUS EN ATENCIÓN PRIMARIA. MARINA GÓMEZ ALONSO, CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA, CARLOS LARRAÑETA ESPADAS, GLORIA MORA ALCÁZAR Y LUCÍA MARRA MORALES	185
37 - ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA MARINA GÓMEZ ALONSO, CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA, CARLOS LARRAÑETA ESPADAS, GLORIA MORA ALCÁZAR Y LUCÍA MARRA MORALES	189
38 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS JESÚS RUIZ CIFUENTES, ANA ISABEL MOLINA CLEMOT, BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ, MARIA JOSE MARIN SANCHA Y MARTA TENDERO RUIZ	193

39 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUE ESTÁ SUFRIENDO UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO JESÚS RUIZ CIFUENTES, MARTA TENDERO RUIZ, MARIA JOSE MARIN SANCHA, BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ Y ANA ISABEL MOLINA CLEMOT	197
40 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON LITIASIS RENAL JESÚS RUIZ CIFUENTES, MARTA TENDERO RUIZ, BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ, ANA ISABEL MOLINA CLEMOT Y MARIA JOSE MARIN SANCHA	201
41 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR ALMUDENA TORRES ATIENZAR, IKER AÑIBARRO ARRIETA, MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA, ALBA MARIA ARENAS BURRIEL Y MILAGROS HONRUBIA PÉREZ	205
42 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA ALMUDENA TORRES ATIENZAR, IKER AÑIBARRO ARRIETA, MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA, ALBA MARIA ARENAS BURRIEL Y MILAGROS HONRUBIA PÉREZ	209
43 ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES QUE PADECEN INCONTINENCIA URINARIA ALMUDENA TORRES ATIENZAR, IKER AÑIBARRO ARRIETA, MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA, ALBA MARIA ARENAS BURRIEL Y MILAGROS HONRUBIA PÉREZ	213
44 INTOXICACIONES POR SETAS Y HONGOS EN OTOÑO Y SU ANTÍDOTO: LA SILIBININA CARIDAD BELÉN HERNÁNDEZ CALERO	217
45 ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE ÚLCERAS CORNEALES EN URGENCIAS. MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES, ANA ISABEL ALMENA FRANCO, M. PILAR NOVALBOS GOMEZ, ELENA MOROTE CUMPLIDO Y MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA	221

46	LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE SONDADO Y TIPOS DE SONDAS	
	MARÍA GONZALO LÓPEZ, CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ, ANA MARÍA HERNANDO SERRANO, MIRIAM CERVANTES NAVARRO Y SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES	225
47	LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA TRAS INTERVENCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA	
	MARÍA GONZALO LÓPEZ, CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ, ANA MARÍA HERNANDO SERRANO, MIRIAM CERVANTES NAVARRO Y SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES	229
48	ATENCIÓN EN ENFERMERÍA APLICADO EN LAS UNIDADES DE VIGILANCIA INTENSIVA	
	MARÍA GONZALO LÓPEZ, CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ, ANA MARÍA HERNANDO SERRANO, MIRIAM CERVANTES NAVARRO Y SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES	233
49	MOVILIZACIÓN PRECOZ DEL PACIENTE ADULTO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	
	FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA, MARIA DONDARZA DIAZ, EVA DIEZMA FERNÁNDEZ Y JAVIER PEÑALVER ALVARO	239
50	EFFECTO DE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS EN EL EMBARAZO.	
	LUCÍA LÓPEZ GARCÍA, MARTA LÓPEZ GARCÍA Y ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO	243
51	IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES OSTOMIZADOS PARA PREVENIR LAS COMPLICACIONES Y FACILITAR LA INCORPORACIÓN A LA VIDA COTIDIANA CON UNA MAYOR CALIDAD DE VIDA	
	BEATRIZ LOPEZ COBOS, ESTHER PILAR GARCIA LEÓN, BEGOÑA CHÁVARRI MENA, MIRIAM ROSILLO MUÑOZ Y LAURA NAVARRO HERRADOR	249

52 ENFERMERÍA ANTE FRACTURA VERTEBRAL EN PACIENTE CON OSTEOPOROSIS	
BEATRIZ LOPEZ COBOS, ESTHER PILAR GARCIA LEÓN, BEGOÑA CHÁVARRI MENA, MIRIAM ROSILLO MUÑOZ Y LAURA NAVARRO HERRADOR	263
53 ENFERMERÍA ANTE EL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL DE ORIGEN MULTIFACTORIAL	
BEATRIZ LOPEZ COBOS, ESTHER PILAR GARCIA LEÓN, BEGOÑA CHÁVARRI MENA, MIRIAM ROSILLO MUÑOZ Y LAURA NAVARRO HERRADOR	267
54 EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE LA PANCREATITIS AGUDA	
SARA RODRIGUEZ ARENAS, SILVIA RASINES AGUILAR, MARTA MORENO CANALES, MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA Y MIRIAM ANGULO QUINTANAR	273
55 EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE EXTIRPACIÓN DE PÓLIPOS EN EL COLON	
SARA RODRIGUEZ ARENAS, SILVIA RASINES AGUILAR, MARTA MORENO CANALES, MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA Y MIRIAM ANGULO QUINTANAR	277
56 EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE EL POLITRAUMATIZADO	
SARA RODRIGUEZ ARENAS, SILVIA RASINES AGUILAR, MARTA MORENO CANALES, MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA Y MIRIAM ANGULO QUINTANAR	281
57 CONTROL DE HEMORRAGIAS EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS	
TAMARA PEREZ GARCIA, ANA RODRIGUEZ QUESADA Y ANDREA GARCÍA FERNÁNDEZ	285
58 PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN PEDIATRÍA	
ANA NIETO CARRETERO Y MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ PINA	289
59 BRONQUIOLITIS Y BRONCOESPASMO	
LUCÍA LÓPEZ GARCÍA, MARTA LÓPEZ GARCÍA Y ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO	293

60	GESTIÓN Y MANEJO POR ENFERMERÍA DE MEDICAMENTOS ÁNGEL OROZCO FAJARDO, ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ, AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL, JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO Y CAROLINA SOLANA ROMERO	299
61	LOS PACIENTES CON DIETA CETOGÉNICA Y LA OPINION DE ENFERMERIA ÁNGEL OROZCO FAJARDO, ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ, AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL, JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO Y CAROLINA SOLANA ROMERO	303
62	PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO Y LOS CUIDADOS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA ÁNGEL OROZCO FAJARDO, ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ, AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL, JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO Y CAROLINA SOLANA ROMERO	307
63	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA RETENCIÓN AGUDA DE ORINA MARIA ESTER SANCHEZ ROMER, MARIA E. AGUILAR RICO, AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ, ANA ISABEL CANTOS APARICIO Y MIRIAM SORIA GIL	313
64	LA ENFERMERA Y SU TRABAJO EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA. ELISA ARANDA FUENTES, ALBA PINTADO DIAZ-BENITO, ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ, MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO Y VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO	317
65	FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA ELISA ARANDA FUENTES, ALBA PINTADO DIAZ-BENITO, ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ, MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO Y VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO	321
66	LA LABOR DE LA ENFERMERA EN EL TRIAJE DE URGENCIAS ELISA ARANDA FUENTES, ALBA PINTADO DIAZ-BENITO, ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ, MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO Y VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO	325

67 EFECTO DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL MEDIO ACUÁTICO EN EMBARAZADAS	
LUCÍA LÓPEZ GARCÍA, MARTA LÓPEZ GARCÍA Y ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO	329
68 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA ADRENALINA AUTOINYECTABLE	
GUILLERMO GARCÍA AGUILAR, TERESA MARIA VAZQUEZ CATALAN, CARMEN GARCIA RODRIGUEZ, SARA ESCOBAR MARTÍNEZ Y DAVID SÁNCHEZ GARCÍA	333
69 ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA	
GUILLERMO GARCÍA AGUILAR, TERESA MARIA VAZQUEZ CATALAN, CARMEN GARCIA RODRIGUEZ, SARA ESCOBAR MARTÍNEZ Y DAVID SÁNCHEZ GARCÍA	337
70 ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO	
GUILLERMO GARCÍA AGUILAR, TERESA MARIA VAZQUEZ CATALAN, CARMEN GARCIA RODRIGUEZ, SARA ESCOBAR MARTÍNEZ Y DAVID SÁNCHEZ GARCÍA	341
71 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON UNA ILEOSTOMÍA	
MARIA DEL ROSARIO LADERO PACHECO, PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ, CORAL SANCHEZ SANCHEZ, IRENE CAMINO LOZANO Y MARGARITA CARRASCO BLASCO	347
72 ENFERMERÍA Y EL PROTOCOLO COIMBRA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE	
PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN, MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ, NIEVES FERNÁNDEZ TORRES, DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN Y NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ	351
73 REHABILITACIÓN CARDÍACA TRAS UN EVENTO CARDIOVASCULAR	
PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN, MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ, NIEVES FERNÁNDEZ TORRES, DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN Y NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ	355

- 74 ENFERMERÍA EN EL TRIAJE EN INCIDENTES CON MÚLTIPLES VÍCTIMAS Y CATÁSTROFES**
MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ, NIEVES FERNÁNDEZ TORRES,
DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN, NATALIA FERNANDEZ
RAMIREZ Y PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN 359
- 75 INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN POSTPARTO**
MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES, SARA LUQUE MILLÓN,
MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ, MARTA ABAD ABELLÁN Y
GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE 369
- 76 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DOLOR CRÓNICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA**
MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES, MARTA ABAD ABELLÁN,
GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE, SARA LUQUE
MILLÓN Y MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ 373
- 77 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL DRENAJE TORÁCICO: PLEUR-EVAC**
MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES, SARA LUQUE MILLÓN,
MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ, GEMMA MARÍA DONADO
RUBIO DE LA TORRE Y MARTA ABAD ABELLÁN 377
- 78 LA ENFERMERÍA Y LA EPIDURAL EN EL PARTO**
CRISTINA LOZANO SÁNCHEZ, CELIA ARAGÓN JUNQUERA,
CRISTINA GONZÁLEZ GARCÍA, LORENZO ORTEGA NOBLEJAS Y
MARIA TERESA RODRIGUEZ MARTIN 381
- 79 ATENCIÓN ENFERMERA Y EL PARKINSON**
CRISTINA LOZANO SÁNCHEZ, CELIA ARAGÓN JUNQUERA,
CRISTINA GONZÁLEZ GARCÍA, LORENZO ORTEGA NOBLEJAS Y
MARIA TERESA RODRIGUEZ MARTIN 385

- 80 PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA ACTUACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA**
CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ, SARA TEJEDA BORJA, NOELIA RAMOS CAMINO, ISABEL MAROTO AVILÉS Y MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS 389
- 81 ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA ACTUACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA**
CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ, SARA TEJEDA BORJA, NOELIA RAMOS CAMINO, ISABEL MAROTO AVILÉS Y MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS 393
- 82 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA ACTUACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA SARCOPENIA**
CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ, SARA TEJEDA BORJA, NOELIA RAMOS CAMINO, ISABEL MAROTO AVILÉS Y MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS 397
- 83 NEUMOTÓRAX: TIPOS. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES QUE PORTAN UN DRENAJE TORÁCICO TIPO PLEUR-EVAC**
CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA, ELENA CUENCA SÁNCHEZ, MARÍA MUÑOZ CARRETERO, RAQUEL HERVÁS DÍEZ Y MERCEDES HONRADO PRADILLO 401
- 84 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE**
ISABEL VILLANUEVA FERNÁNDEZ, BLANCA GONZÁLEZ ÁLVAREZ, LIDIA GARCÍA CHARRO, LAURA GARCIA CALVO Y NADIA CÁRCABA PÉREZ 409
- 85 APLICACIÓN DE LA TELEMEDICINA (TM) EN URGENCIAS**
BLANCA GONZÁLEZ ÁLVAREZ, ISABEL VILLANUEVA FERNÁNDEZ, NADIA CÁRCABA PÉREZ, LIDIA GARCÍA CHARRO Y LAURA GARCIA CALVO 415

86	MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ENFOCADOS EN EL PACIENTE CON GRANDES QUEMADOS EN MEDIO HOSPITALARIO	
	LUCÍA MORENO BRIONES Y JORGE PÉREZ PÉREZ	429
87	TÉCNICAS DE ENFERMERÍA UTILIZADAS EN EL AMBITO HOSPITALARIO ANTE UNA URGENCIA TOXICOLÓGICA	
	MARIA DIAZ-BERNARDO RAMIREZ, MARYAM BOUZARAD AIT BAH, MARÍA LÓPEZ BERGILLOS Y MELODY TORIJA RESUELA	435
88	MARCO CONCEPTUAL Y FUNCIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ASISTENCIA AL CÓDIGO ICTUS EN ASTURIAS	
	MATILDE CONSUELO SÁNCHEZ MONDÉJAR, JAVIER SUÁREZ GONZÁLEZ, EMMA PÉREZ GUTIÉRREZ Y LUCIA FIDALGO MIGOYA	447
89	ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE UN HEMATOMA SUBDURAL SUBAGUDO EN URGENCIAS	
	MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES, M. PILAR NOVALBOS GOMEZ, ELENA MOROTE CUMPLIDO, MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA Y ANA ISABEL ALMENA FRANCO	453
90	RECOMENDACIONES POR PARTE DE ENFERMERÍA DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR	
	CRISTINA PAREJA CAMPO, ISABEL ANGORA PANTOJA, MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ, CRISTINA GALLEGU TIRADO Y LAURA ARIAS MORA	457
91	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL USO DE BENZODIACEPINAS	
	CRISTINA PAREJA CAMPO, ISABEL ANGORA PANTOJA, MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ, CRISTINA GALLEGU TIRADO Y LAURA ARIAS MORA	463
92	ENFERMERÍA TRAS UNA AMPUTACIÓN SUPRACONDÍLEA DE UN MIEMBRO INFERIOR	
	CRISTINA PAREJA CAMPO, ISABEL ANGORA PANTOJA, MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ, CRISTINA GALLEGU TIRADO Y LAURA ARIAS MORA	467
93	LA VÍA INTRAÓSEA Y SU MANEJO	
	ESTHER CAMPA MENENDEZ	471

94	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A PACIENTES CON ANEMIA FRENTE A LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA JESUS GONZALEZ CORCOLES, MARIA GONZALEZ CORCOLES, RUBEN LEAL ARANDA, LAURA SUAY ABARCA Y MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO	479
95	ESTUDIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA EFICACIA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS PARA PACIENTES DIABÉTICOS JESUS GONZALEZ CORCOLES, MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO, RUBEN LEAL ARANDA, MARIA GONZALEZ CORCOLES Y LAURA SUAY ABARCA	483
96	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LOS CENTROS DE SALUD JESUS GONZALEZ CORCOLES, MARIA GONZALEZ CORCOLES, MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO, RUBEN LEAL ARANDA Y LAURA SUAY ABARCA	489
97	MANEJO DE LAS QUEMADURAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA FLORENTINA DIANA LAMBRU, ESTHER NAVARRO GÓMEZ, VIRGINIA TAJUELO FLORES, ANA TRUEBA GONZÁLEZ Y ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ	493
98	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN CRISIS FEBRILES PEDIÁTRICAS EN URGENCIAS BLANCA SANZ CAMACHO, CECILIA NUÑEZ GARRIDO, INES REDONDO ALVAREZ, IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO Y SILVIA LORENZO MARTIN	499
99	LOS DIFERENTES TIPOS DE DISPOSITIVOS PARA AISLAR LA VÍA AÉREA MARIA DIAZ-BERNARDO RAMIREZ, MARYAM BOUZARAD AIT BAHA, MARÍA LÓPEZ BERGILLOS Y MELODY TORIJA RESUELA	503

100 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO NAZARET GÓMEZ MARTÍN DE VIDALES, ANAIS GARCIA DEL CERRO, MARTA MINAYA CELA Y JOSSELYN PAMELA CHINCHAY RAMÍREZ	517
101 ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES ANTE UN NEUMOTÓRAX JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ, CARMEN BELEN GALVAN CABRERO, ROCIO LOPEZ CALERO, VIRGINIA OÑATE ZAMORA Y GERMÁN APARICIO SAN JOSÉ	523
102 ENFERMERÍA Y EL DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ, CARMEN BELEN GALVAN CABRERO, ROCIO LOPEZ CALERO, VIRGINIA OÑATE ZAMORA Y GERMÁN APARICIO SAN JOSÉ	529
103 ENFERMERÍA ANTE LOS ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ, CARMEN BELEN GALVAN CABRERO, ROCIO LOPEZ CALERO, VIRGINIA OÑATE ZAMORA Y GERMÁN APARICIO SAN JOSÉ	533
104 COMPETENCIAS ENFERMERAS DURANTE EL DESEMPEÑO PROFESIONAL EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS JORGE PÉREZ PÉREZ, LUCÍA MORENO BRIONES Y ALBERTO MARTÍNEZ GARRIDO	537
105 CASO CLÍNICO: PACIENTE PEDIÁTRICO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA ASOCIADO A NEUMONÍA VIRGINIA TAJUELO FLORES, ESTHER NAVARRO GÓMEZ, ANA TRUEBA GONZÁLEZ, FLORENTINA DIANA LAMBRU Y ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ	547
106 VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE QUEMADO POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA SARA MARTÍNEZ RUIZ, LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ, VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ, CARMEN MARÍA SEVILLA PÉREZ Y ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ	551

107 FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA	
SARA MARTÍNEZ RUIZ, LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ, VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ, CARMEN MARÍA SEVILLA PÉREZ Y ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ	555
108 ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LA ENFERMEDAD MENTAL SEVERA	
SARA MARTÍNEZ RUIZ, LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ, VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ, CARMEN MARÍA SEVILLA PÉREZ Y ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ	559
109 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN URGENCIAS	
BLANCA SANZ CAMACHO, CECILIA NUÑEZ GARRIDO, INES REDONDO ALVAREZ, IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO Y SILVIA LORENZO MARTIN	563
110 ENFERMEDADES Y CAUSAS DE LA LIPOIDOSIS Y LAS LIPODISTROFIAS PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	
MALENA FERNÁNDEZ ARROYO, MARTA PEÑUELAS VALDERAS, ALFONSO ORTEGA CORUÑA, NATALIA GIL RUIZ Y NATALIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ	567
111 EFICACIA Y BARRERAS PERCIBIDAS DE LA VÍA INTRAÓSEA PARA EL ACCESO VASCULAR EN SITUACIONES DE EMERGENCIA: UNA REVISIÓN BASADA EN EVIDENCIA PARA ENFERMERÍA	
CELIA ORTEGA ORTIZ	571
112 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE NEUROCRÍTICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC Y TAMARA VILLANUEVA RODRIGO	579
113 MANEJO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON RIESGO SUICIDA EN URGENCIAS	
BLANCA SANZ CAMACHO, CECILIA NUÑEZ GARRIDO, INES REDONDO ALVAREZ, IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO Y SILVIA LORENZO MARTIN	583

- 114 ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ABORTO ESPONÁTEO INCOMPLETO**
DARÍO DEL RÍO MARTÍN, NOELIA ANTÓN RUANO, MARIA ORTEGA ABENGOZAR Y MARIA EUGENIA DIAZ SERRANO 587
- 115 BALANITIS PEDIÁTRICA. CASO CLÍNICO**
DARÍO DEL RÍO MARTÍN, MARIA EUGENIA DIAZ SERRANO, NOELIA ANTÓN RUANO Y MARIA ORTEGA ABENGOZAR 591
- 116 CASO CLÍNICO: PACIENTE CON MAREOS Y PÉRDIDA DE CONCIENCIA**
MARIA EUGENIA DIAZ SERRANO, NOELIA ANTÓN RUANO, MARIA ORTEGA ABENGOZAR Y DARÍO DEL RÍO MARTÍN 595
- 117 VÍA INTRAÓSEA EN ENFERMERÍA**
RAÚL YELA SÁNCHEZ, MARIA LOPEZ CHAVARRIA, CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ, PILAR GONZÁLEZ SÁNCHEZ Y BEATRIZ PEREZ SANCHEZ 601
- 118 EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA SEDACIÓN Y ANALGESIA DEL PACIENTE CRÍTICO**
JOSSELYN PAMELA CHINCHAY RAMÍREZ, NAZARET GÓMEZ MARTÍN DE VIDALES, ANAIS GARCIA DEL CERRO Y MARTA MINAYA CELA 607
- 119 FISIOPATOLOGÍA EN EL PACIENTE QUE SUFRE UN GRAN QUEMADO**
MARÍA MUÑOZ CARRETERO, MERCEDES HONRADO PRADILLO, RAQUEL HERVÁS DÍEZ, CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA Y ELENA CUENCA SÁNCHEZ 617
- 120 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS**
LORENA LORENTE GARCÍA, VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ, IRENE LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN, BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO Y VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ 625

- 121 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES QUEMADOS**
LORENA LORENTE GARCÍA, VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ, IRENE
LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN, BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO Y
VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ 629
- 122 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIABETES
GESTACIONAL**
LORENA LORENTE GARCÍA, VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ, IRENE
LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN, BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO Y
VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ 635
- 123 EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA SECUENCIA DE
INTUBACIÓN RÁPIDA EN URGENCIAS**
ELENA CUENCA SÁNCHEZ, MERCEDES HONRADO PRADILLO,
RAQUEL HERVÁS DÍEZ, MARÍA MUÑOZ CARRETERO Y CARMEN
MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA 639
- 124 LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y LA PREVENCIÓN DE
INFECCIONES RELACIONADAS CON LOS CATÉTER VENOSOS
PERIFÉRICOS**
MALENA FERNÁNDEZ ARROYO, MARTA PEÑUELAS VALDERAS,
ALFONSO ORTEGA CORUÑA, NATALIA GIL RUIZ Y NATALIA
SÁNCHEZ FERNÁNDEZ 647
- 125 LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS E
INTERVENCIONES QUE PRECISAN LOS PACIENTES QUEMADOS**
MALENA FERNÁNDEZ ARROYO, MARTA PEÑUELAS VALDERAS,
ALFONSO ORTEGA CORUÑA, NATALIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ Y
NATALIA GIL RUIZ 651
- 126 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN QUE PRESTA
AL PACIENTE QUEMADO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
MIHAELA SIMONA LACOVICI, MÓNICA PÉREZ GARCÍA, ANA
ESPERANZA MORCILLO ANTÓN, MARTA SANROMA GARCIA
FOGEDA Y MILAGROS CIUDAD LAINEZ 655

- 127 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A
PACIENTES CON VIH (VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA
HUMANA)
MÓNICA PÉREZ GARCÍA, MIHAELA SIMONA LACOVICI, ANA
ESPERANZA MORCILLO ANTÓN, MARTA SANROMA GARCIA
FOGEDA Y MILAGROS CIUDAD LAINEZ 659
- 128 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON
ALZHEIMER. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
MARTA SANROMA GARCIA FOGEDA, MIHAELA SIMONA
LACOVICI, MÓNICA PÉREZ GARCÍA, ANA ESPERANZA MORCILLO
ANTÓN Y MILAGROS CIUDAD LAINEZ 663
- 129 CARDIOVERSIÓN EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.
MELODY TORIJA RESUELA, MARYAM BOUZARAD AIT BAH,
MARÍA LÓPEZ BERGILLOS Y MARIA DIAZ-BERNARDO RAMIREZ 667
- 130 LECCIONES EN ACTUALIZACIÓN URGENCIAS Y EMERGENCIAS.
HOSPITALARIAS, EXTRAHOSPITALARIAS Y DOMICILIARIAS.
CLASIFICACIÓN DE LAS URGENCIAS Y DE LAS CATÁSTROFES
DAVID MORENO BERMEJO Y CORA SÁNCHEZ VALERO 673
- 131 LA VÍA INTRAÓSEA COMO MEDIO RÁPIDO DE ACCESO EN
SITUACIONES DE EMERGENCIA
LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO, MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO-
SANDOVAL, SHEREZADA HERRADOR CORDERO-SÁNCHEZ,
LAURA ORTEGA INIESTA Y PATRICIA ESTRADA ESCUDERO 681
- 132 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TRAUMATISMO
CRANEOENCEFÁLICO (TCE).
PATRICIA ESTRADA ESCUDERO, SHEREZADA HERRADOR
CORDERO-SÁNCHEZ, LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO, MARIA DE
GRACIA CRIADO NIETO- SANDOVAL Y LAURA ORTEGA INIESTA 687

133 MATERIAL DE INMOVILIZACIÓN DURANTE LA EXTRICACIÓN EN ACCIDENTES DE TRÁFICO FRENTE A UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO SHEREZADA HERRADOR CORDERO-SÁNCHEZ, LAURA ORTEGA INIESTA, LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO, PATRICIA ESTRADA ESCUDERO Y MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO- SANDOVAL	691
134 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: MEDIDAS PREVENTIVAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ENFERMERÍA RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, ENRIQUE PALOMO DE GUZMAN, NURIA GIL PEÑA, PIEDAD DE LOS REYES Y VERÓNICA CRESPO GINES	697
135 OBESIDAD INFANTIL. PEDRO PEREZ LOPEZ	701
136 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA DIVERTICULITIS AGUDA CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA, GUSTAVO MUÑOZ MARIN, MARTA MONTEALEGRE PINARDO, MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA Y SHEYLA CARRETÓN CASTILLO	707
137 ENFERMERÍA Y MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA, GUSTAVO MUÑOZ MARIN, MARTA MONTEALEGRE PINARDO, MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA Y SHEYLA CARRETÓN CASTILLO	711
138 EL EQUIPO DE ENFERMERÍA Y MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA MARTA MONTEALEGRE PINARDO, MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA, SHEYLA CARRETÓN CASTILLO, CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA Y GUSTAVO MUÑOZ MARIN	715
139 CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA DE BAJO FLUJO Y EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO CORA SÁNCHEZ VALERO Y DAVID MORENO BERMEJO	719

140 CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA EN LA CANALIZACIÓN Y UTILIZACIÓN DE UNA VÍA VENOSA PERIFÉRICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	
CORA SÁNCHEZ VALERO Y DAVID MORENO BERMEJO	723
141 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	
SONIA MENÉNDEZ GARCIA	729
142 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CENTROS RESIDENCIALES DE MAYORES	
MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ, LAURA RUFO PADILLA, MONICA RUFO PADILLA Y SAMAY PEREZ GOMEZ	733
143 ACTUACIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA EMERGENCIA SANITARIA. PRIMEROS AUXILIOS.	
LAURA RUFO PADILLA, MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ, SAMAY PEREZ GOMEZ Y MONICA RUFO PADILLA	737
144 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA Y EL ENFERMO TERMINAL.	
MARÍA DEL ROSARIO GRANDE BASTANTE, SALVADOR MANUEL ROSO AMARO, NATALIA SOTO GARCIA Y MARÍA ÁNGELES DEL CERRO HUMANES	741
145 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) Y LA OXIGENOTERAPIA	
MARÍA DEL ROSARIO GRANDE BASTANTE, SALVADOR MANUEL ROSO AMARO, NATALIA SOTO GARCIA Y MARÍA ÁNGELES DEL CERRO HUMANES	745
146 FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN QUIRÓFANO.	
CAROLINA BERNAL MUÑOZ, MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ LÓPEZ, ROSA MONTERO NÚÑEZ, MARIA JOSEFA HERREROS CALERO Y MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA	749

- 147 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).**
MONICA RUFO PADILLA, LAURA RUFO PADILLA, SAMAY PEREZ GOMEZ Y MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ 753
- 148 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES.**
MARÍA DEL ROSARIO GRANDE BASTANTE, SALVADOR MANUEL ROSO AMARO, NATALIA SOTO GARCIA Y MARÍA ÁNGELES DEL CERRO HUMANES 757
- 149 TAREAS Y CARACTERÍSTICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON SONDA VESICAL**
VICENTA LARA HERREROS, MARÍA ALMUDENA RUIZ NOBLEJAS, M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ, MONTSERRAT PAULET NAVARRO Y MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO 761
- 150 COMPETENCIAS, TAREAS Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS**
VICENTA LARA HERREROS, MARÍA ALMUDENA RUIZ NOBLEJAS, M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ, MONTSERRAT PAULET NAVARRO Y MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO 765
- 151 COMPETENCIAS, TAREAS Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL.**
VICENTA LARA HERREROS, MARÍA ALMUDENA RUIZ NOBLEJAS, M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ, MONTSERRAT PAULET NAVARRO Y MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO 771
- 152 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE FARMACIA.**
GEMMA MUÑOZ TRIGO, MARÍA JESÚS BARRIOS PÉREZ-GRUESO, LUCÍA SENDÍN GÓMEZ, NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ Y MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA 775

- 153 EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS Y LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
GEMMA MUÑOZ TRIGO, MARÍA JESÚS BARRIOS PÉREZ-GRUESO, LUCÍA SENDÍN GÓMEZ, NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ Y MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA 779
- 154 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA**
GEMMA MUÑOZ TRIGO, MARÍA JESÚS BARRIOS PÉREZ-GRUESO, LUCÍA SENDÍN GÓMEZ, NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ Y MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA 783
- 155 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ, BERTA CARRASCO MONTEALEGRE, MARIA LUISA PARREÑO SÁNCHEZ, ALBA PEÑARANDA GARCIA Y LAURA SÁNCHEZ ABAD 787
- 156 EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS Y LAS DIFERENTES FUNCIONES QUE LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DEBEN EJERCER**
DELIA CASTELLS ROCA, MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO, MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ, CARLA LÓPEZ VALENCIA Y LETICIA MARTIN GARCIA 791
- 157 LAS FUNCIONES QUE DEBE DESEMPEÑAR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA**
DELIA CASTELLS ROCA, MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO, MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ, CARLA LÓPEZ VALENCIA Y LETICIA MARTIN GARCIA 795
- 158 EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LOS QUIRÓFANOS DE URGENCIA.**
ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ, MARIA LUISA PARREÑO SÁNCHEZ, ALBA PEÑARANDA GARCIA, BERTA CARRASCO MONTEALEGRE Y LAURA SÁNCHEZ ABAD 799

- 159 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ANTE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS SUICIDAS**
ALEJANDRO CORREAS PULIDO, ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO,
VICTOR MANUEL MELLINAS MORALES, CARMEN ELENA RIVERA
GARCÍA Y MARÍA DE LOS SANTOS YUSTE RENTERO 803
- 160 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE)
ANTE INFECCIONES RESPIRATORIAS DEL NEONATO EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**
ALEJANDRO CORREAS PULIDO, ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO,
VICTOR MANUEL MELLINAS MORALES, CARMEN ELENA RIVERA
GARCÍA Y MARÍA DE LOS SANTOS YUSTE RENTERO 807
- 161 LA UNIDAD DE URGENCIAS Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN
CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA.**
ALEJANDRO CORREAS PULIDO, ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO,
VICTOR MANUEL MELLINAS MORALES, CARMEN ELENA RIVERA
GARCÍA Y MARÍA DE LOS SANTOS YUSTE RENTERO 811
- 162 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
ANTE LAS EMERGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**
ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ, MARIA LUISA PARREÑO
SÁNCHEZ, ALBA PEÑARANDA GARCIA, BERTA CARRASCO
MONTEALEGRE Y LAURA SÁNCHEZ ABAD 815
- 163 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) PARA LA RECOGIDA DE DIURESIS PARA
REALIZACIÓN DE UN UROCULTIVO**
CELIA CARAVACA RODRÍGUEZ, MARÍA SÁNCHEZ CABAÑAS,
ANTONIO FUENTES AYUS, ESTHER GARCÍA GARRIDO Y ANGELA
GARCÍA GARCIA 819
- 164 PRINCIPALES FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA**
ESTHER GARCÍA GARRIDO, CELIA CARAVACA RODRÍGUEZ,
ANGELA GARCÍA GARCIA, ANTONIO FUENTES AYUS Y MARÍA
SÁNCHEZ CABAÑAS 823

- 165 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA**
MARÍA SÁNCHEZ CABAÑAS, ANTONIO FUENTES AYUS, ESTHER GARCÍA GARRIDO, ANGELA GARCÍA GARCIA Y CELIA CARAVACA RODRÍGUEZ 827
- 166 CONSULTAS ONCOLÓGICAS Y LAS FUNCIONES 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 831
- 167 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON INFECCIONES DE ORINA A CAUSA DEL SONDAJE**
LOIDA SERRANO LOPEZ, ANA MARÍA DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ, INMACULADA CONCEPCION MARTÍNEZ CARRETERO, TANIA VALERA ZAMORA Y SONIA LOZANO GARCIA 837
- 168 ENJUAGUES BUCALES PARA GINGIVITIS A LOS PACIENTES POR EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
LOIDA SERRANO LOPEZ, ANA MARÍA DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ, INMACULADA CONCEPCION MARTÍNEZ CARRETERO, TANIA VALERA ZAMORA Y SONIA LOZANO GARCIA 841
- 169 MATERIAL PEDIÁTRICO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETÍN EN LOS CENTROS DE SALUD**
MARÍA CRISTINA NAVA RODRIGUEZ, MARIA DE LOS ANGELES ALONSO DIAZ, BEGOÑA ANTUÑA ALISTE Y ALICIA QUESADA VIDAL 845
- 170 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE URGENCIAS**
PAOLA UFANO ALVAREZ 851
- 171 COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECEPCIÓN DE UN PACIENTE EN URGENCIAS**
SERGIO CASTELLANOS LARA Y NATALIA SÁNCHEZ-URÁN DÍAZ 855

- 172 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS FUNCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA**
ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA, MARÍA BELÉN CUESTA
TOMÁS, MARIA DE LA FUENTE CARLOS BLÁZQUEZ, NURIA
GROMADA ALCAIDE Y MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA 859
- 173 MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES POSTOPERATORIOS**
GISSELA CORNEJO EGOAVIL, MARIS DANIA MONTERO MONTERO,
LILIAN DEL SOCORRO MUÑOZ MENDOZA, NÉRIDA JOSEFINA
ZAMBRANO PIÑANGO Y GLORIA FERNÁNDEZ MATE 863
- 174 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACION EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS**
ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA, MARÍA BELÉN CUESTA
TOMÁS, MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA, MARIA DE LA FUENTE
CARLOS BLÁZQUEZ Y NURIA GROMADA ALCAIDE 869
- 175 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES**
ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA, MARÍA BELÉN CUESTA
TOMÁS, MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA, MARIA DE LA FUENTE
CARLOS BLÁZQUEZ Y NURIA GROMADA ALCAIDE 873
- 176 USO ADECUADO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS:
RESPONSABILIDADES Y MEJORES PRÁCTICAS DE LOS TÉCNICO
EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
CONCEPCION GIL ANDRÉS, MARÍA LUCÍA EXPÓSITO
SANTAMARÍA, MARIA JOSE SANCHEZ MENA, SONSOLES
CARMONA CAMPOS Y ALICIA RISUEÑO GARCIA 877
- 177 LA COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL EQUIPO MÉDICO: UN ESTUDIO DE CASOS**
CONCEPCION GIL ANDRÉS, MARÍA LUCÍA EXPÓSITO
SANTAMARÍA, MARIA JOSE SANCHEZ MENA, SONSOLES
CARMONA CAMPOS Y ALICIA RISUEÑO GARCIA 883

- 178 RECONOCIMIENTO Y GESTIÓN DE LA SALUD MENTAL. LA IMPORTANCIA DEL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
CONCEPCION GIL ANDRÉS, MARÍA LUCÍA EXPÓSITO
SANTAMARÍA, MARIA JOSE SANCHEZ MENA, SONSOLES
CARMONA CAMPOS Y ALICIA RISUEÑO GARCIA **889**
- 179 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) COMO FIGURA INDISPENSABLE EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
MARIA DEL CARMEN TORRES SANTIAGO, MARÍA ÁNGELES LÓPEZ
VILLEN, SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA, MARÍA DEL PILAR
ONRUBIA MONTOYA Y MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO
SÁNCHEZ **895**
- 180 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA REALIZACIÓN DE UNA ELECTROMIOGRAFÍA.**
SAGRARIO ROJAS APARICIO, MARIA FRAILE GONZALEZ, SARA
PINILLA SOTO, ALMUDENA JEREZ DEL CERRO Y IONELA VIORICA
HUTULEAC **901**
- 181 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL**
SAGRARIO ROJAS APARICIO, MARIA FRAILE GONZALEZ, SARA
PINILLA SOTO, ALMUDENA JEREZ DEL CERRO Y IONELA VIORICA
HUTULEAC **905**
- 182 COLOSTOMÍA Y SUS CUIDADOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
SAGRARIO ROJAS APARICIO, MARIA FRAILE GONZALEZ, SARA
PINILLA SOTO, ALMUDENA JEREZ DEL CERRO Y IONELA VIORICA
HUTULEAC **909**
- 183 RIESGO DE CAÍDAS EN EL ANCIANO SANO: ACCIONES LLEVADAS A CABO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
SARA GARCÍA DÍAZ Y AIDA PUERTAS LAVANDERA **913**

- 184 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL ANCIANO**
ÁNGELA MARTÍN DE LA SIERRA LÓPEZ, ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS,
CLARA MARIA GONZÁLEZ DE LA ROSA, RAQUEL ESCUDERO Y
PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA 917
- 185 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO SANITARIO EN UROGRAFÍA**
ÁNGELA MARTÍN DE LA SIERRA LÓPEZ, ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS,
CLARA MARIA GONZÁLEZ DE LA ROSA, RAQUEL ESCUDERO Y
PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA 921
- 186 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ASEO DE PACIENTES ENCAMADOS**
ÁNGELA MARTÍN DE LA SIERRA LÓPEZ, ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS,
CLARA MARIA GONZÁLEZ DE LA ROSA, RAQUEL ESCUDERO Y
PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA 925
- 187 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACION EN EL QUIRÓFANO**
AMALIA DEL CARMEN GOMEZ LOPEZ, SOLEDAD FITO MARTIN,
LAURA ALFARO LOPEZ, FRANCISCA BARBERO LÓPEZ Y MARÍA
JESÚS GONZALEZ PARRAGA 929
- 188 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS AL PACIENTE ENCAMADO**
AMALIA DEL CARMEN GOMEZ LOPEZ, MARÍA JESÚS GONZALEZ
PARRAGA, SOLEDAD FITO MARTIN, LAURA ALFARO LOPEZ Y
FRANCISCA BARBERO LÓPEZ 933
- 189 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES ANTE EL PACIENTE CRÍTICO CORONARIO**
AMALIA DEL CARMEN GOMEZ LOPEZ, SOLEDAD FITO MARTIN,
LAURA ALFARO LOPEZ, FRANCISCA BARBERO LÓPEZ Y MARÍA
JESÚS GONZALEZ PARRAGA 937

190 CUIDADOS ESPECÍFICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES: UNA GUÍA PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAES) MARI CARMEN LOPEZ SÁNCHEZ	941
191 CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN CIRUGÍA CARDÍACA: PROTOCOLOS Y ACTUACIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ, CLAUDIA CAMINERO MORA, DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA, MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA Y ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ	947
192 PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA DESNUTRICIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: ESTRATEGIAS PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAES) FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ, CLAUDIA CAMINERO MORA, DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA, MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA Y ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ	955
193 FORMACIÓN Y GUÍA PARA TCAES EN LA UTILIZACIÓN DE TECNOLOGÍA ASISTENCIAL EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ, CLAUDIA CAMINERO MORA, DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA, MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA Y ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ	959
194 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ, MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ, MARI CARMEN TABASCO URDA, ALBA PUNZÓN CAÑADILLA Y VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ	965
195 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES ENCAMADOS Y LAS ÚLCERAS ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ, MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ, MARI CARMEN TABASCO URDA, ALBA PUNZÓN CAÑADILLA Y VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ	969

- 196 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA GRÁFICA DE HOSPITALIZACIÓN**
ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ, MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ, MARI CARMEN TABASCO URDA, ALBA PUNZÓN CAÑADILLA Y VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ 973
- 197 LA CAMA HOSPITALARIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ESTRELLA SERRANO PELLEJERO, MELANY CAMACHO RAMOS, JENNIFER CAMACHO RAMOS, MARIA PILAR ESCOBAR CONDE Y MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE 977
- 198 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA.**
ESTRELLA SERRANO PELLEJERO, MELANY CAMACHO RAMOS, JENNIFER CAMACHO RAMOS, MARIA PILAR ESCOBAR CONDE Y MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE 981
- 199 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS DIETAS TERAPEÚTICAS.**
ESTRELLA SERRANO PELLEJERO, MELANY CAMACHO RAMOS, JENNIFER CAMACHO RAMOS, MARIA PILAR ESCOBAR CONDE Y MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE 985
- 200 EMPATÍA Y CUIDADOS DEL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE PACIENTES CON SOBREPESO.**
FRANCISCO ANTONIO GARCIA REINA, GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ, ALBA DOMINGO ALONSO Y MIRIAM BOUCHAIR LARRALDE 991
- 201 EL PACIENTE DE SALUD MENTAL POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTEGRAL**
MIRIAM BOUCHAIR LARRALDE, FRANCISCO ANTONIO GARCIA REINA, GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ Y ALBA DOMINGO ALONSO 995

- 202**TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU
FUNCIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA
FARMACOLÓGICA
MIRIAM BOUCHAIR LARRALDE, FRANCISCO ANTONIO GARCIA
REINA, GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ Y ALBA DOMINGO ALONSO **999**
- 203**FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PARTO Y POSTPARTO
CAROLINA BERNAL MUÑOZ, MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ
LÓPEZ, ROSA MONTERO NÚÑEZ, MARIA JOSEFA HERREROS
CALERO Y MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA **1003**
- 204**TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL
PACIENTE PSIQUIÁTRICO
AMPARO MORENO LÓPEZ, LAURA SELENE VILLENA GARCÍA,
MARIA JULIA GARCIA JIMENEZ, ANTONIA ALARCÓN GARCÍA Y
HORACIO ALEX OVANDO VARGAS **1007**
- 205**LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES
TERMINALES
AMPARO MORENO LÓPEZ, MARIA JULIA GARCIA JIMENEZ, LAURA
SELENE VILLENA GARCÍA, HORACIO ALEX OVANDO VARGAS Y
ANTONIA ALARCÓN GARCÍA **1011**
- 206**PLAN DE ACTUACIÓN Y CUIDADOS DE UNA TÉCNICO EN
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) POSTERIOR A
CORONARIOGRAFÍA Y ANGIOPLASTIA
AMPARO MORENO LÓPEZ, ANTONIA ALARCÓN GARCÍA,
HORACIO ALEX OVANDO VARGAS, MARIA JULIA GARCIA
JIMENEZ Y LAURA SELENE VILLENA GARCÍA **1015**
- 207**LA REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR
LAURA HERRAIZ FERNANDEZ, ZORAIDA HERRAIZ FERNANDEZ Y
MARIA DEL MAR ARIAS SAIZ **1019**

- 208 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN LAS DIETAS DE LOS PACIENTES**
MARIA DEL ROSARIO LADERO PACHECO, PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ, CORAL SANCHEZ SANCHEZ, IRENE CAMINO LOZANO Y MARGARITA CARRASCO BLASCO 1023
- 209 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL LABORATORIO HOSPITALARIO**
MARIA DEL ROSARIO LADERO PACHECO, PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ, CORAL SANCHEZ SANCHEZ, IRENE CAMINO LOZANO Y MARGARITA CARRASCO BLASCO 1029
- 210 COMO AFECTA EL SINDROME DE BURNOUT AL TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
MARIA DEL CARMEN TORRES SANTIAGO, MARÍA ÁNGELES LÓPEZ VILLENA, SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA, MARÍA DEL PILAR ONRUBIA MONTOYA Y MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO SÁNCHEZ 1033
- 211 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
NADIA NIETO RODRÍGUEZ, MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ, EUGENIO LLORENS LUCAS, ROCIO LOZANO CORREDOR Y MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ 1043
- 212 TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO: CUIDADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
IRENE MUÑIZ GONZÁLEZ 1047
- 213 LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (CAE) EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.**
MARIA DEL PRADO PERALTA SANCHEZ AREVALO, INMACULADA CAÑAS PRIETO, MARIA SOLEDAD MORENO GARCÍA, MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ Y ALBA DÍAZ COGOLLUDO 1051

- 214 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA HIGIENE BUCODENTAL EN PACIENTES CON ALZHEIMER.**
MARIA DEL PRADO PERALTA SANCHEZ AREVALO, MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ, ALBA DÍAZ COGOLLUDO, MARIA SOLEDAD MORENO GARCÍA Y INMACULADA CAÑAS PRIETO **1055**
- 215 LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE LABORATORIO EN EL HOSPITAL.**
MARIA DEL PRADO PERALTA SANCHEZ AREVALO, MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ, ALBA DÍAZ COGOLLUDO, MARIA SOLEDAD MORENO GARCÍA Y INMACULADA CAÑAS PRIETO **1059**
- 216 FIGURA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO: MANEJO Y PRIORIDADES EXPLORATORIAS EN SU ESTABILIZACIÓN**
NADIA NIETO RODRÍGUEZ, MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ, EUGENIO LLORENS LUCAS, ROCIO LOZANO CORREDOR Y MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ **1063**
- 217 LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
NADIA NIETO RODRÍGUEZ, MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ, EUGENIO LLORENS LUCAS, MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ Y ROCIO LOZANO CORREDOR **1067**
- 218 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA HIGIENE BUCAL DEL PACIENTE**
MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE, MARISOL VILLALBA DEL MAZO, ELENA JIMENEZ SANZ, ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ Y LAURA INIESTO GOMEZ **1071**
- 219 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS EN LA UNIDAD DE NEFROLOGÍA**
MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE, MARISOL VILLALBA DEL MAZO, ELENA JIMENEZ SANZ, ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ Y LAURA INIESTO GOMEZ **1077**

- 220EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS PROTOCOLOS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES**
MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE, MARISOL VILLALBA DEL MAZO, ELENA JIMENEZ SANZ, ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ Y LAURA INIESTO GOMEZ **1081**
- 221FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PRÁCTICA DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CENTRAL PERIFÉRICA**
MARIA JOSEFA HERREROS CALERO, MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA, ROSA MONTERO NÚÑEZ, CAROLINA BERNAL MUÑOZ Y MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ LÓPEZ **1085**
- 222EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA**
ESTEFANÍA MERINO CARMONA, LORENA CANO LOPEZ, MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ, ANA GÓMEZ SORIANO Y JULIA YUSTE GUTIÉRREZ **1089**
- 223EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE COVID**
ESTEFANÍA MERINO CARMONA, LORENA CANO LOPEZ, MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ, ANA GÓMEZ SORIANO Y JULIA YUSTE GUTIÉRREZ **1093**
- 224EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA**
ESTEFANÍA MERINO CARMONA, MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ, LORENA CANO LOPEZ, JULIA YUSTE GUTIÉRREZ Y ANA GÓMEZ SORIANO **1097**
- 225EL ASEO AL PACIENTE ENCAMADO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
JOANA FERNÁNDEZ RUBIO **1101**

- 226 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
MABEL TAMARA CATASI HUANQUI, LOURDES LILIA HUANQUI
CONDORI, RAQUEL TELLO SANZ, BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO Y
INÉS DEL CONSUELO QUISHPE CABEZAS 1105
- 227 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS A PACIENTES CON EDEMA AGUDO DE PULMÓN CARDIOGÉNICO**
MARIA DEL CARMEN TORRES SANTIAGO, MARÍA ÁNGELES LÓPEZ
VILLENNA, SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA, MARÍA DEL PILAR
ONRUBIA MONTOYA Y MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO
SÁNCHEZ 1109
- 228 EL ASEO DEL PACIENTE POSTOPERADO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
SONIA URDA GARCÍA, MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ OLIVA, MARIA
TERESA AGUADO TABERNÉ, MARÍA LEONOR LARA BARBERO Y
JULIANA ALMARCHA REINOSO 1115
- 229 LA OXIGENOTERAPIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
SONIA URDA GARCÍA, MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ OLIVA, MARIA
TERESA AGUADO TABERNÉ, JULIANA ALMARCHA REINOSO Y
MARÍA LEONOR LARA BARBERO 1119
- 230 LA IMPORTANCIA DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAES) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS HOSPITALES**
JUAN CARLOS RECIO DELGADO-AGUILERA, PATRICIA LOPEZ
MERINO, DAVID GARCÍA RUBIO, DAVINIA GARCÍA -MORENO
ARAQUE Y NURIA GALINDO CASADO 1123
- 231 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA PROBLEMÁTICA DE LAS AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO**
DAVINIA GARCÍA -MORENO ARAQUE, NURIA GALINDO CASADO,
JUAN CARLOS RECIO DELGADO-AGUILERA, PATRICIA LOPEZ
MERINO Y DAVID GARCÍA RUBIO 1127

- 232LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE EL ASEO ASISTIDO DEL PACIENTE DEPENDIENTE**
RAQUEL TELLO SANZ, BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO, INÉS DEL CONSUELO QUISHPE CABEZAS, MABEL TAMARA CATASI HUANQUI Y LOURDES LILIA HUANQUI CONDORI 1131
- 233EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN**
RAQUEL TELLO SANZ, BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO, INÉS DEL CONSUELO QUISHPE CABEZAS, MABEL TAMARA CATASI HUANQUI Y LOURDES LILIA HUANQUI CONDORI 1135
- 234ÁREA DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA HOSPITALARIA Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON 1139
- 235SALA DE RESONANCIA MAGNÉTICA**
ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON 1143
- 236EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN Y POSTANESTESIA**
SONIA URDA GARCÍA, MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ OLIVA, JULIANA ALMARCHA REINOSO, MARÍA LEONOR LARA BARBERO Y MARIA TERESA AGUADO TABERNÉ 1147
- 237LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN**
DELIA CASTELLS ROCA, MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO, MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ, CARLA LÓPEZ VALENCIA Y LETICIA MARTIN GARCIA 1151
- 238EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU FUNCIÓN EN LOS CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO**
ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR, MARIA GONZALEZ CORCOLES, EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR, JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ Y JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍNEZ 1155

- 239EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU
AYUDA AL PACIENTE ONCOLÓGICO
ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR, EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR,
JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ, JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ
MARTÍNEZ Y MARIA GONZALEZ CORCOLES 1159
- 240EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS Y EN LA SALA DE REANIMACIÓN
ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR, EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR,
JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ, MARIA GONZALEZ CORCOLES
Y JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍNEZ 1163
- 241EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
MARIA DEL ROCIO ESTEBANEZ GARCIA 1167
- 242CUIDADOS BÁSICOS DEL RECIÉN NACIDO POR EL TÉCNICO EN
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
ESTELA GARCIA MONTES, CARMEN DIAZ ROPERO, MARIANA
VACARU, JAVIER BONILLA GOMEZ Y IRENE CONEJO VALERO 1171
- 243LA INSUFICIENCIA CARDÍACA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
IRENE CONEJO VALERO, ESTELA GARCIA MONTES, JAVIER
BONILLA GOMEZ, MARIANA VACARU Y CARMEN DIAZ ROPERO 1175
- 244EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
MARIANA VACARU, JAVIER BONILLA GOMEZ, ESTELA GARCIA
MONTES, IRENE CONEJO VALERO Y CARMEN DIAZ ROPERO 1179
- 245REALIZACIÓN DEL ELECTROCARDIOGRAMA POR EL TÉCNICO
EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).
ANA ISABEL PRIETO GARCIA, MERCEDES OLLERO CHAMORRO,
RAUL CALZADO PRIETO, MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN Y
NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO 1183

- 246EL PACIENTE VEGANO Y SU RELACIÓN CON LAS DIETAS HOSPITALARIAS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).
NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO, MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN, MERCEDES OLLERO CHAMORRO, ANA ISABEL PRIETO GARCIA Y RAUL CALZADO PRIETO 1187
- 247AYUDA A DOMICILIO: EL TRABAJO QUE DESEMPEÑA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN, ANA ISABEL PRIETO GARCIA, RAUL CALZADO PRIETO, MERCEDES OLLERO CHAMORRO Y NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO 1191
- 248EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) Y LA LABOR QUE DESEMPEÑA CON PACIENTES QUE SUFREN ALZHEIMER.
MANUELA SUSANA ALVAREZ ALVAREZ, MONICA RODRIGUEZ FERNANDEZ, JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO, ANA LOPEZ PEREZ Y AMAYA CABRERA RUIZ 1195
- 249EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE DEPRESIVO.
JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO Y AMAYA CABRERA RUIZ 1199
- 250EL PROFESIONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE URGENCIAS ANTE UN PACIENTE INTOXICADO
AMAYA CABRERA RUIZ 1203
- 251EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ABORDAJE DE PACIENTES EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA.
MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA, CANDIDA TRUJILLO CORONEL, MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO, MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO Y RAQUEL DE LA CABALLERÍA VIVAR 1207

- 252 EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.**
MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA, MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO, CANDIDA TRUJILLO CORONEL, MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO Y RAQUEL DE LA CABALLERÍA VIVAR 1211
- 253 EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA Y EL PAPEL ESENCIAL DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).**
MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA, RAQUEL DE LA CABALLERÍA VIVAR, MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO, CANDIDA TRUJILLO CORONEL Y MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO 1215
- 254 PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA INFERIOR O DÉJERINE-KLUMPKE: TRATAMIENTO INTEGRAL DE FISIOTERAPIA**
CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA, SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA, MARIO GARCÍA MARTÍN, LAURA DE PABLO MARTÍNEZ Y JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA 1219
- 255 TÉCNICAS DE MASOTERAPIA QUE CON MÁS FRECUENCIA SE EMPLEAN EN LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA**
AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ, JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ, PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA Y GLORIA OTERO CORTIJO 1225
- 256 PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA, GLORIA OTERO CORTIJO, AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ Y JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ 1229
- 257 BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN ETAPA PREPARTO**
PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA, GLORIA OTERO CORTIJO, AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ Y JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ 1233

- 258 EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON ONDAS DE CHOQUE EN PACIENTES CON FASCITIS PLANTAR**
LAURA DE PABLO MARTÍNEZ, SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA, JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA, CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA Y MARIO GARCÍA MARTÍN 1237
- 259 EFECTIVIDAD DE LA NEUROMODULACIÓN EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO**
SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA, JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA, MARIO GARCÍA MARTÍN, LAURA DE PABLO MARTÍNEZ Y CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA 1241
- 260 FORTALECIMIENTO DE LA MUSCULATURA GENERAL EN PACIENTES TRAS UN ENCAMAMIENTO PROLONGADO POR COVID-19**
JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA, MARIO GARCÍA MARTÍN, SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA, CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA Y LAURA DE PABLO MARTÍNEZ 1245
- 261 EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA (TCAE) Y EL TRATO AL PACIENTE EPILÉPTICO.**
DAVID GARCÍA RUBIO, DAVINIA GARCÍA -MORENO ARAQUE, NURIA GALINDO CASADO, JUAN CARLOS RECIO DELGADO-AGUILERA Y PATRICIA LOPEZ MERINO 1249
- 262 EL EJERCICIO FÍSICO Y LA FISIOTERAPIA EN LAS PERSONAS MAYORES**
CARMEN MARÍA GONZÁLEZ VIJANDE 1253
- 263 MICROCORRIENTES PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y OTRAS HERIDAS DIFÍCILES DE TRATAR**
ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS, DIEGO MEDINA CRESPO Y JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ 1257
- 264 EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE EN LA TENDINOPATÍA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR**
RUBÉN RUIZ REDONDO, ADRIÁN ORLANDI TORIELLI, RAQUEL QUIRÓS ÁLVAREZ Y VIRGINIA VELASCO ISUSI 1261

- 265 EFECTIVIDAD DE LA PUNCIÓN SECA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL MANGUITO ROTADOR**
JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA, CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO
CORONA, LAURA DE PABLO MARTÍNEZ, MARIO GARCÍA MARTÍN
Y SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA 1267
- 266 EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN BEBÉS Y NIÑOS DE 0 A 24 MESES CON BRONQUIOLITIS AGUDA**
JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ, ELENA
RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS Y DIEGO MEDINA CRESPO 1271
- 267 FRACTURA DE CADERA EN EL ADULTO MAYOR**
DIEGO MEDINA CRESPO, ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO
PORTUGUÉS Y JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS
FERNÁNDEZ 1277
- 268 EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE FISIOTERAPIA EN MUJERES QUE SUFREN DE ENDOMETRIOSIS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**
ALONSO SÁNCHEZ CARABIAS, JOSE ALEXANDER MARTINEZ
MARTINEZ, BLANCA ESTHER HERRERA CÁRDENAS, MARINA
LEYVA ALARCÓN Y MARTA BAYO AGUSTÍN 1283
- 269 FISIOTERAPIA EN FRACTURA DE FÉMUR EN PREADOLESCENTE. AFECTACIÓN DE FISIS DISTAL**
JOSE ALEXANDER MARTINEZ MARTINEZ, MARTA BAYO AGUSTÍN,
BLANCA ESTHER HERRERA CÁRDENAS Y MARINA LEYVA
ALARCÓN 1289
- 270 PARKINSON: CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD DEL SIGLO XXI**
MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA 1295
- 271 LA IMPORTANCIA DEL TRIAJE HOSPITALARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
CRISTINA COLLÍA FERNÁNDEZ, LUCÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ,
EVA LLANO SORDO, ZAIDA RUIZ MARTÍN Y ELVIRA GONZALEZ
RUIZ 1299

272	CÓMO PREVENIR LAS LESIONES POR PINCHAZOS DE AGUJA Y OBJETOS CORTOPUNZANTES. ÚRSULA CANDÁS ÁLVAREZ	1303
273	HIGIENE DE MANOS Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES. ANA MELENDRERAS COVIELLA, ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ Y ANDREA FERNANDEZ SAIZ	1307
274	USO DE CALZADO ADECUADO PARA SANITARIOS Y SU RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ, ANA MELENDRERAS COVIELLA Y ANDREA FERNANDEZ SAIZ	1311
275	APARATO DE RADIOLOGÍA PORTÁTIL EN URGENCIAS. RADIODIAGNÓSTICO KAREN MILENA MOLINA DAGUER, ROCIO GARCIA HEREDIA, LAURA BARRIGA CALLE Y MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ	1315
276	EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN EL ESTUDIO RADIOLÓGICO EN LA FRACTURA DE HOMBRO KAREN MILENA MOLINA DAGUER, ROCIO GARCIA HEREDIA, LAURA BARRIGA CALLE Y MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ	1319
277	EL IMPACTO DE LA TAC EN URGENCIAS. RADIODIAGNÓSTICO KAREN MILENA MOLINA DAGUER, ROCIO GARCIA HEREDIA, LAURA BARRIGA CALLE Y MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ	1323
278	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN HIGIENE BUCODENTAL EN LA HIGIENE ORAL EN PACIENTES CON HEPATITIS. FRANCISCA GONZÁLEZ BLESÁ, GEMMA SANCHEZ LOPEZ, FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ, SONIA GUIJARRO MORENO Y NEREIDA CABEZAS BELTRÁN	1329
279	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN HIGIENE BUCODENTAL EN EL PAPEL DEL HIGIENISTA CON UN PACIENTE EPILÉPTICO. FRANCISCA GONZÁLEZ BLESÁ, GEMMA SANCHEZ LOPEZ, FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ, SONIA GUIJARRO MORENO Y NEREIDA CABEZAS BELTRÁN	1333

- 280TEST DE TÓXICOS EN ORINA**
ÁNGELA ESCRIBANO CUARTEROS, VANESSA SERRANO LOMA,
MARTA CRUZ QUESADA, CRISTINA ARÉVALO MAÑAS Y INÉS
SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO 1337
- 281EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN MICROBIOLOGÍA.
REALIZACIÓN DE UROCULTIVOS**
NOELIA CARRERO DEL FRESNO, ALBA HERNÁNDEZ PEREA,
SELENE HERVÁS CODES, ISABEL FERNÁNDEZ PECES Y MANUEL
MUÑOZ REDONDO 1343
- 282TEST RÁPIDO POR AGLUTINACIÓN DE PARTÍCULAS DE LÁTEX
EN PORTA PARA LA DETERMINACIÓN CUALITATIVA EN SUERO O
PLASMA DE MONONUCLEOSIS INFECCIOSA.**
ÁNGELA ESCRIBANO CUARTEROS, VANESSA SERRANO LOMA,
MARTA CRUZ QUESADA, CRISTINA ARÉVALO MAÑAS Y INÉS
SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO 1347
- 283ESTUDIO DEL SISTEMA COMPLEMENTO POR EL TÉCNICO
SUPERIOR DE LABORATORIO**
MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ DE TORO, ANGELA LEÓN DÍAZ,
FRANCISCA CÁCERES MARTÍNEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES
CARMONA HERNÁNDEZ Y ELENA SAAVEDRA GALLEG0 1351
- 284EL TECNICO SUPERIOR DE LABORATORIO Y LA
DETERMINACIÓN DE COOMBS DIRECTO Y TITULACIÓN**
MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ DE TORO, ANGELA LEÓN DÍAZ,
FRANCISCA CÁCERES MARTÍNEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES
CARMONA HERNÁNDEZ Y ELENA SAAVEDRA GALLEG0 1357
- 285TECNICO SUPERIOR DE LABORATORIO Y LA EXTRACCIÓN Y
PURIFICACIÓN DE ADN**
MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ DE TORO, ANGELA LEÓN DÍAZ,
FRANCISCA CÁCERES MARTÍNEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES
CARMONA HERNÁNDEZ Y ELENA SAAVEDRA GALLEG0 1363
- 286ECOGRAFÍA: EXPLORANDO SUS BENEFICIOS EN EL
DIAGNÓSTICO MÉDICO**
OLVIDO VÁZQUEZ DÍAZ 1371

- 287 TINCIÓN DE PANÓPTICO RÁPIDO PARA EXTENSIONES SANGUÍNEAS**
MANUEL MUÑOZ REDONDO, SELENE HERVÁS CODES, NOELIA CARRERO DEL FRESNO, ALBA HERNÁNDEZ PEREA Y ISABEL FERNÁNDEZ PECES 1375
- 288 RADIOLOGÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. FUNCIÓN DEL TÉCNICO SUPERIOR EN RADIODIAGNÓSTICO**
FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA, PAÚL FIDALGO FIDALGO, FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ Y ROSA MARIA PÉREZ BLANCO 1379
- 289 DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA MEDIANTE MAMOGRAFÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE UN TÉCNICO RADIODIAGNÓSTICO**
FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA, PAÚL FIDALGO FIDALGO, FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ Y ROSA MARIA PÉREZ BLANCO 1385
- 290 LA FLUOROSCOPIA**
PAÚL FIDALGO FIDALGO, FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA, FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ Y ROSA MARIA PÉREZ BLANCO 1389
- 291 ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LAS FUNCIONES EN LAS BIOPSIAS DE PIEL**
MARÍA DOLORES MARTÍNEZ TORRES, RUBÉN VELA VELA, ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO, BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO Y MARTA VILLA VILLAHERMOSA 1393
- 292 ANATOMÍA PATOLÓGICA ANTE UNA METÁSTASIS CARDÍACA**
MARÍA DOLORES MARTÍNEZ TORRES, RUBÉN VELA VELA, ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO, BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO Y MARTA VILLA VILLAHERMOSA 1397
- 293 ANATOMÍA PATOLÓGICA Y SUS FUNCIONES CON LOS GRUPO DE INFECCIONES FÚNGICAS SUPERFICIAL**
MARÍA DOLORES MARTÍNEZ TORRES, RUBÉN VELA VELA, ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO, BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO Y MARTA VILLA VILLAHERMOSA 1401

294	ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO ANTE UNA SOSPECHA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA. ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL	1405
295	EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LOS ESTUDIOS PRETRANSFUSIONALES NOELIA CARRERO DEL FRESNO, ALBA HERNÁNDEZ PEREA, ISABEL FERNÁNDEZ PECES, MANUEL MUÑOZ REDONDO Y SELENE HERVÁS CODES	1409
296	LOS MARCADORES BIOQUÍMICOS DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y EL TÉCNICO DE LABORATORIO EVELIA CUÉLLAR MERINO, ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA, CRISTINA ALARCÓN CÁMARA, ANTONIO JESÚS ROJAS BARRIONUEVO Y ISABEL DELGADO GONZALEZ	1413
297	DIAGNÓSTICO DE NEUMOTÓRAX POR EL TÉCNICO DE RAYOS JUAN MARTORELL SANCHEZ, JOSÉ LUIS NEVADO MORENO, ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ, ANDREA ARENAS VILLALTA Y ROCIO MALDONADO MOLINA	1419
298	EL TÉCNICO DE RAYOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL ÁMBITO HOSPITALARIO JUAN MARTORELL SANCHEZ, JOSÉ LUIS NEVADO MORENO, ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ, ANDREA ARENAS VILLALTA Y ROCIO MALDONADO MOLINA	1423
299	TÉCNICO DE RAYOS EN LA OPTIMIZACIÓN DE DOSIS PARA LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA JUAN MARTORELL SANCHEZ, JOSÉ LUIS NEVADO MORENO, ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ, ANDREA ARENAS VILLALTA Y ROCIO MALDONADO MOLINA	1427
300	GESTIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS EN EL LABORATORIO, POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO. EVELIA CUÉLLAR MERINO, ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA, CRISTINA ALARCÓN CÁMARA, ANTONIO JESÚS ROJAS BARRIONUEVO Y ISABEL DELGADO GONZALEZ	1433

- 301 LABORATORIO DE URGENCIAS: PARÁMETROS MÁS UTILIZADOS POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO.**
EVELIA CUÉLLAR MERINO, ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA,
CRISTINA ALARCÓN CÁMARA, ANTONIO JESÚS ROJAS
BARRIONUEVO Y ISABEL DELGADO GONZALEZ 1437
- 302 INSTRUCCIONES PARA CORTES DE AUTOPSIA DE FETOS**
FÁTIMA UCENDO QUINTANAR, MARÍA MORENO PALOMINO, MARI
CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ, ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO Y
JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES 1443
- 303 INSTRUCCIONES A SEGUIR A LA HORA DE REALIZAR UN CORTE PARA INMUNODIAGNÓSTICO JUNTO A LA DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCERES Y TUMORES**
FÁTIMA UCENDO QUINTANAR, MARI CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ,
ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO, MARÍA MORENO PALOMINO Y
JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES 1447
- 304 EXPLORACIONES RADIOGRÁFICAS DEL APARATO URINARIO Y TÉCNICO DE RAYOS**
MARTA LADERA ROJAS, ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ, SERGIO
FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ, ANA BELÉN RAYO OJEDA Y
BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ 1453
- 305 ECOGRAFÍA DOPPLER Y EL TÉCNICO DE RAYOS**
MARTA LADERA ROJAS, ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ, SERGIO
FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ, ANA BELÉN RAYO OJEDA Y
BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ 1459
- 306 REVISIÓN DE HELICOBACTER PYLORI. ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE LABORATORIO**
ÁNGELA ESCRIBANO CUARTEROS, VANESSA SERRANO LOMA,
MARTA CRUZ QUESADA, CRISTINA ARÉVALO MAÑAS Y INÉS
SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO 1465

307 CONTRASTES RADIOLÓGICO DE ÚLTIMA GENERACIÓN USADOS POR EL TÉCNICO DE RAYOS MARTA LADERA ROJAS, ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ, SERGIO FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ, ANA BELÉN RAYO OJEDA Y BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ	1469
308 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA PATRICIA CELAYA ORFILA, SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ, LAURA GARCÍA OLANO, CORAL ROMERAL VERA Y LAURA VIVANCOS RODADO	1475
309 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA RADIOGRAFÍA CON CONTRASTE PATRICIA CELAYA ORFILA, SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ, LAURA GARCÍA OLANO, CORAL ROMERAL VERA Y LAURA VIVANCOS RODADO	1479
310 FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA (TAC) DE PARTES BLANDAS PATRICIA CELAYA ORFILA, SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ, LAURA GARCÍA OLANO, CORAL ROMERAL VERA Y LAURA VIVANCOS RODADO	1485
311 INFECCION POR SALMONELOSIS ISABEL MENÉNDEZ GARCÍA	1489
312 ETIOPATOGENIA DE LA MENINGITIS Y SU DIAGNÓSTICO EN EL LABORATORIO YOLANDA MANSILLA FUNEZ, VICTORIA AGUDO SANCHEZ Y MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ	1493
313 EL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO RÁPIDO EN EL LABORATORIO YOLANDA MANSILLA FUNEZ, MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ Y VICTORIA AGUDO SANCHEZ	1497

314 EL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO EN EL LABORATORIO MEDIANTE LA PCR MÚLTIPLE YOLANDA MANSILLA FUNEZ, VICTORIA AGUDO SANCHEZ Y MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ	1501
315 HISTEROSALPINGOGRAFÍA. PAPEL DEL TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO CLAUDIA BUJÁN GRANADOS, ALBA BRISA RAMÍREZ, MARIA PANIZO CORCHERO, ALICIA BALLESTEROS AMORES Y TAMARA RUIZ MADEJON	1505
316 NEUROFIBROMATOSIS, TIPOS Y DIAGNÓSTICO ROCÍO MORALES PINAR, ROCÍO LÓPEZ JESÚS, MARTA MONTERO DÍAZ, JENNIFER SALCEDO LOZANO Y CARMEN MARÍN FLORES	1511
317 INFORMÁTICA APLICADA A LA MEDICINA MARIO PICAZO GALLEG0	1515
318 LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN EL QUIRÓFANO DE UROLOGÍA MARTA TIRADO MORENO, BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO Y LAURA HERREROS JEREZ	1519
319 EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN EL ESTUDIO ESOFÁGICO-DUODENAL RADIOGRÁFICO BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO, MARTA TIRADO MORENO Y LAURA HERREROS JEREZ	1523
320 ATENCIÓN A PACIENTES POLITRAUMATIZADOS POR EL PERSONAL SANITARIO TAMARA ESTUDILLOS IGLESIAS	1527
321 EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LA REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍA VASCULAR EN CARÓTIDAS LAURA HERREROS JEREZ, MARTA TIRADO MORENO Y BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO	1533

- 322CLASIFICACIÓN Y SEÑALIZACIÓN DE LAS ZONAS DE
RADIODIAGNÓSTICO SEGÚN EL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LA
RADIACIÓN IONIZANTE**
BÁRBARA PERIANES MENDOZA, JULIA CASANUEVA ORIA,
MIRIAM FONT ALONSO, ANA LUISA MORA VICARIO Y MARTA
COGOLLUDO GONZÁLEZ 1537
- 323DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE MALOS TRATOS EN LA
INFANCIA A TRAVÉS DE LA RADIOLOGÍA.**
ALICIA BALLESTEROS AMORES, TAMARA RUIZ MADEJON, ALBA
BRISA RAMÍREZ, CLAUDIA BUJÁN GRANADOS Y MARIA PANIZO
CORCHERO 1541
- 324ESTUDIO DE LA EDAD ÓSEA EN RADIODIAGNÓSTICO**
ROCÍO LÓPEZ JESÚS, MARTA MONTERO DIAZ, JENNIFER SALCEDO
LOZANO, ROCÍO MORALES PINAR Y CARMEN MARÍN FLORES 1547
- 325EXPLORANDO LA TÉCNICA DEL ENEMA OPACO: UNA MIRADA
AL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS A TRAVÉS DEL CONTRASTE**
JULIA CASANUEVA ORIA, BÁRBARA PERIANES MENDOZA,
MIRIAM FONT ALONSO, ANA LUISA MORA VICARIO Y MARTA
COGOLLUDO GONZÁLEZ 1551
- 326EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LAS PRUEBAS FUNCIONALES
HEPÁTICAS**
ESTHER PEREZ CORCOLES, ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ,
ALEJANDRO RAMOS FAJARDO, MARIO BLANCO NEPOMUCENO Y
MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS 1557
- 327RADIOTERAPIA EN TUMORES GASTRICOS EL PAPEL DEL
TÉCNICO SUPERIOR EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA**
PABLO GÓMEZ HERRERO, SARAY HERVÁS COTA Y MARÍA DEL
AMOR LÓPEZ ROSALES 1561
- 328PRUEBAS DE IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÓDIGO ICTUS:
AVANCES Y APLICACIONES CLÍNICAS.**
MIRIAM FONT ALONSO, BÁRBARA PERIANES MENDOZA, JULIA
CASANUEVA ORIA, ANA LUISA MORA VICARIO Y MARTA
COGOLLUDO GONZÁLEZ 1565

- 329ARTRORESONANCIA GUIADA POR ECOGRAFÍA**
CARMEN MARÍN FLORES, ROCÍO LÓPEZ JESÚS, ROCÍO MORALES PINAR, MARTA MONTERO DIAZ Y JENNIFER SALCEDO LOZANO 1569
- 330INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA RADIOLOGÍA: ANÁLISIS DE IMÁGENES Y SISTEMAS DE RECONOCIMIENTO DE VOZ UTILIZADOS EN EL DICTADO DE INFORMES MÉDICOS**
TAMARA RUIZ MADEJON, ALBA BRISA RAMÍREZ, ALICIA BALLESTEROS AMORES, CLAUDIA BUJÁN GRANADOS Y MARIA PANIZO CORCHERO 1573
- 331EPICONDILITIS EN EL CODO O CODO DE TENISTA**
MARTA MONTERO DIAZ, ROCÍO LÓPEZ JESÚS, JENNIFER SALCEDO LOZANO, ROCÍO MORALES PINAR Y CARMEN MARÍN FLORES 1577
- 332DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA**
ANA LUISA MORA VICARIO, BÁRBARA PERIANES MENDOZA, JULIA CASANUEVA ORIA, MIRIAM FONT ALONSO Y MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ 1583
- 333EFECTO DE LAS RADIACIONES IONIZANTES EN LAS DISTINAS ETAPAS DEL DESARROLLO EMBRIO-FETAL**
MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ, BÁRBARA PERIANES MENDOZA, JULIA CASANUEVA ORIA, MIRIAM FONT ALONSO Y ANA LUISA MORA VICARIO 1587
- 334DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO RADIOLÓGICO DEL VARICOCELE.**
JENNIFER SALCEDO LOZANO, MARTA MONTERO DIAZ, ROCÍO LÓPEZ JESÚS, ROCÍO MORALES PINAR Y CARMEN MARÍN FLORES 1591
- 335EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND EN EL LABORATORIO.**
ESTHER PEREZ CORCOLES, ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ, ALEJANDRO RAMOS FAJARDO, MARIO BLANCO NEPOMUCENO Y MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS 1597

336	EL PAPEL DEL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA EN LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER EN ESTADIO 1 SARAY HERVÁS COTA, MARÍA DEL AMOR LÓPEZ ROSALES Y PABLO GÓMEZ HERRERO	1601
337	EL PAPEL DEL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA FRENTE A LA METÁSTASIS DE COLUMNA VERTEBRAL MARÍA DEL AMOR LÓPEZ ROSALES, SARAY HERVÁS COTA Y PABLO GÓMEZ HERRERO	1605
338	TERAPIA CON RADIOYODO EN EL TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO POR EL TECNICO SUPERIOR SANITARIO EN MEDICINA NUCLEAR DANIEL DE LUCA NEGRETE	1609
339	RADIOLOGÍA PORTÁTIL: EQUIPO Y FUNCIONAMIENTO LAURA AINSA MANJABACAS	1615
340	EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA PRUEBA DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES ESTHER PEREZ CORCOLES, ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ, ALEJANDRO RAMOS FAJARDO, MARIO BLANCO NEPOMUCENO Y MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS	1619
341	LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR ANTE LA COLOCACIÓN DE UNA Sonda ALIMENTARIA ANTONIO PÉREZ LOZANO	1625
342	TIRAS DE ORINA Y SU USO EN LABORATORIO DE URGENCIAS RAQUEL MORENO GONZÁLEZ	1629
343	LAS COMPETENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS NAROA MARIA VILLANUEVA LOPEZ Y LORENA COBO GONZÁLEZ	1633

- 344PORT-A-CATH, PROCEDIMIENTO EN INTERVENCIONISMO VASCULAR**
ALBA BRISA RAMÍREZ, ALICIA BALLESTEROS AMORES, CLAUDIA BUJÁN GRANADOS, MARIA PANIZO CORCHERO Y TAMARA RUIZ MADEJON 1637
- 345INTRODUCCIÓN A LA ECOGRAFÍA Y ULTRASONIDOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA, SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO Y BEATRIZ MURILLO MUÑOZ 1641
- 346TOMOGRFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES Y TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE FOTÓN ÚNICO**
SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO, JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA Y BEATRIZ MURILLO MUÑOZ 1645
- 347APLICACIONES DE LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES, DOSIMETRÍA Y PROTECCIÓN**
SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO, BEATRIZ MURILLO MUÑOZ Y JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA 1649
- 348BIOPSIAS DE PIEL POR PARTE DEL TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA DENTRO DEL LBORATORIO**
MARÍA DE LOS LLANOS TURÉGANO ROMERO 1653
- 349EL PERSONAL DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LA FIJACIÓN TISULAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
ISABEL PONTÓN ALLENDE Y MARÍA DE LOS LLANOS TURÉGANO ROMERO 1657
- 350EL PERSONAL HIGIENISTA DENTAL ANTE LA ENFERMEDAD DE BRUXISMO. REVISION BIBLIOGRÁFICA.**
DÉBORA MOYA ROGER 1661
- 351EL CÁNCER BUCAL Y LA ACTUACION DEL HIGIENISTA DENTAL. REVISION BIBLIOGRAFICA**
ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN Y DÉBORA MOYA ROGER 1665

352EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE ECOGRAFÍA LORENA LOPEZ SÁEZ, MARTA GARCÍA SÁNCHEZ, NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS Y LAURA CALERO SÁNCHEZ	1669
353EL EFECTO DOPPLER EN LA ECOGRAFÍA LORENA LOPEZ SÁEZ, LAURA CALERO SÁNCHEZ, MARTA GARCÍA SÁNCHEZ Y NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS	1673
354CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN RADIOLOGÍA DE URGENCIAS LORENA LOPEZ SÁEZ, MARTA GARCÍA SÁNCHEZ, LAURA CALERO SÁNCHEZ Y NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS	1677
355DROGAS DE ABUSO EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS MARIA LOPEZ HERRERO	1681
356FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO VALERY MENÉNDEZ VÁZQUEZ	1689
357INTEGRACIÓN DE ENERGÍAS RENOVABLES EN INSTALACIONES HOSPITALARIAS POR LOS ELECTRICISTAS JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ, MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ, CARLOS GARCÍA OLIVAS, FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO Y GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO	1693
358DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE SISTEMAS ELÉCTRICOS HOSPITALARIOS RESILIENTES JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ, MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ, CARLOS GARCÍA OLIVAS, FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO Y GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO	1699
359GESTIÓN DE CRISIS Y CONTINUIDAD DEL SUMINISTRO ELÉCTRICO EN HOSPITALES JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ, MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ, CARLOS GARCÍA OLIVAS, FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO Y GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO	1705

- 360 LAS FUNCIONES QUE DEBEN DE DESEMPEÑAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA**
MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA, IRINA KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA,
CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO, SERGIO RUBIO PLANCHAS Y
INMACULADA CARO CORDERO 1711
- 361 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN**
ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS, LAURA NAVARRO
BALLESTEROS, ISABEL GARRIDO MANZANARES, MARIA TERESA
BARRILERO VILLAFRANCA Y JESÚS GARCÍA BARRANCO 1715
- 362 EL CELADOR Y LAS FUNCIONES QUE REALIZA EN EL SESRVICIO URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SUAP)**
SANDRA QUINTANILLA BALLESTEROS, IVAN CONTRERAS
MARTÍNEZ, MACARENA GARCÍA POVEDA, MILAGROS SAIZ
BELINCHON Y ARMANDO DE LAS HERAS AYUSO 1721
- 363 COMPETENCIAS Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA**
ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS, LAURA NAVARRO
BALLESTEROS, ISABEL GARRIDO MANZANARES, MARIA TERESA
BARRILERO VILLAFRANCA Y JESÚS GARCÍA BARRANCO 1725
- 364 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS**
ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS, LAURA NAVARRO
BALLESTEROS, ISABEL GARRIDO MANZANARES, MARIA TERESA
BARRILERO VILLAFRANCA Y JESÚS GARCÍA BARRANCO 1731
- 365 LAS FUNCIONES QUE DEBE REALIZAR UN CELADOR ANTE UN PACIENTE TERMINAL**
MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA, IRINA KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA,
CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO, SERGIO RUBIO PLANCHAS Y
INMACULADA CARO CORDERO 1737
- 366 LAS LABORES QUE DEBEN EJECUTAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA Y PRIMARIA**
MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA, IRINA KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA,
CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO, SERGIO RUBIO PLANCHAS Y
INMACULADA CARO CORDERO 1741

367 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

RAQUEL GARCIA ALFARO, ISABEL MARÍA MARTÍNEZ GÓMEZ,
ISABEL BAÑOL MONTOYA, ALICIA CAÑADAS RIVAS Y MARIA DE
LOS ANGELES MARTINEZ GONZALEZ

1745

**368 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE
RADIODIAGNÓSTICO**

RAQUEL GARCIA ALFARO, ISABEL MARÍA MARTÍNEZ GÓMEZ,
ISABEL BAÑOL MONTOYA, ALICIA CAÑADAS RIVAS Y MARIA DE
LOS ANGELES MARTINEZ GONZALEZ

1749

**369 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: GESTIÓN DE DOCUMENTACIÓN
NO CLÍNICA**

PILAR

GARCIA_VILLARACOBUEÑIA, INMACULADA CONCEPCION PEALVERSAEZ, ANAIS

**370 ATENCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO A LAS PERSONAS
MAYORES EN EL SISTEMA DE SALUD**

PILAR

GARCIA_VILLARACOBUEÑIA, INMACULADA CONCEPCION PEALVERSAEZ, ANAIS

371 EL CELADOR EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

ROSA MONTERO NÚÑEZ, MARIA SATUE GABALDON, ALEJANDRA
RESTA SÁNCHEZ, MARIA JOSEFA HERREROS CALERO Y MARÍA
JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

1761

**372 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA PARTE DE RADIOLOGÍA DE
LOS CENTROS HOSPITALARIO**

PILAR

GARCIA_VILLARACOBUEÑIA, INMACULADA CONCEPCION PEALVERSAEZ, ANAIS

**373 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS CONSULTAS DE
OTORRINO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**

MARIA OLMO JIMÉNEZ, VIRGINIA ESCOLAR GARCIA, ROSARIO
GALIANO VILLAFUERTE, ANDREA ARENAS VILLALTA Y SALUD
CANO LOPEZ

1769

- 374 LA DOCUMENTACION DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARIA OLMO JIMÉNEZ, VIRGINIA ESCOLAR GARCIA, ROSARIO GALIANO VILLAFUERTES, ANDREA ARENAS VILLALTA Y SALUD CANO LOPEZ 1773
- 375 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN DOCUMENTACIÓN SANITARIA EN MATERIA DE JUBILACIONES**
MARIA OLMO JIMÉNEZ, VIRGINIA ESCOLAR GARCIA, ROSARIO GALIANO VILLAFUERTES, ANDREA ARENAS VILLALTA Y SALUD CANO LOPEZ 1777
- 376 EL CELADOR ANTE LA PREVENCIÓN DE INCENDIOS EN UN HOSPITAL**
IZASKUN LOPEZ REDONDO 1781
- 377 EL CELADOR EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS**
YOLANDA HUECAS HERAS, AURORA ALMENDROS GARCÍA, ISMAEL GARCIA OCAÑA, CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ Y JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA 1785
- 378 AGRESIONES CONTRA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.**
ITZIAR FUENTES SUÁREZ, VERÓNICA MENÉNDEZ SUÁREZ, MARÍA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, ANDREA JUSTO SANROMAN Y ANDREA ALONSO MARTÍNEZ 1789
- 379 LA VACUNACIÓN PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO Y SU IMPORTANCIA**
VERÓNICA MENÉNDEZ SUÁREZ, MARÍA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, ANDREA JUSTO SANROMAN, ANDREA ALONSO MARTÍNEZ Y ITZIAR FUENTES SUÁREZ 1793
- 380 FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA**
AURORA ALMENDROS GARCÍA, YOLANDA HUECAS HERAS, ISMAEL GARCIA OCAÑA, CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ Y JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA 1797

- 381 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ALMACÉN**
AURORA ALMENDROS GARCÍA, ISMAEL GARCIA OCAÑA,
CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ, JOSÉ JUAN TAPETADO
VILLANUEVA Y YOLANDA HUECAS HERAS 1805
- 382 LOS CELADORES ANTE SUS FUNCIONES EN LOS CENTROS DE
SALUD DE SUS PROVINCIAS.**
CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO, M. ANGELES SOTER GOMEZ,
ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ, CECILIO MARTINEZ
AMORAGA Y ISABEL GALLARDO ALÍA 1813
- 383 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA.**
CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO, M. ANGELES SOTER GOMEZ,
ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ, CECILIO MARTINEZ
AMORAGA Y ISABEL GALLARDO ALÍA 1817
- 384 EL CELADOR CUANDO UN PACIENTE FALLECE.**
CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO, M. ANGELES SOTER GOMEZ,
ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ, CECILIO MARTINEZ
AMORAGA Y ISABEL GALLARDO ALÍA 1821
- 385 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE
REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA.**
AURORA ALMENDROS GARCÍA, JOSÉ JUAN TAPETADO
VILLANUEVA, ISMAEL GARCIA OCAÑA, YOLANDA HUECAS
HERAS Y CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ 1825
- 386 MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE PARA CELADORES EN UNA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
WILLIAMS CORDOVES CUEVAS, RAUL VALERO GOMEZ Y AMPARO
TIRADO GALLEGO 1831
- 387 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA PLANTA DE DIGESTIVO.**
ARMANDO DE LAS HERAS AYUSO, MILAGROS SAIZ BELINCHON,
MACARENA GARCÍA POVEDA, IVAN CONTRERAS MARTÍNEZ Y
SANDRA QUINTANILLA BALLESTEROS 1835

- 388EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN UN HOSPITAL DE DÍA.**
MILAGROS SAIZ BELINCHON, ARMANDO DE LAS HERAS AYUSO,
MACARENA GARCÍA POVEDA, IVAN CONTRERAS MARTÍNEZ Y
SANDRA QUINTANILLA BALLESTEROS 1839
- 389EL CELADOR EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS**
CONSUELO ISABEL GONZÁLEZ SUÁREZ 1843
- 390PARADA CARDIORESPIRATORIA**
IZASKUN LOPEZ REDONDO 1847
- 391EL TRATO DEL CELADOR CON PACIENTES EN SITUACIONES
ESPECIALES DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA**
RAUL VALERO GOMEZ, AMPARO TIRADO GALLEG0 Y WILLIAMS
CORDOVES CUEVAS 1851
- 392LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL TELEFONISTA CON
USUARIOS DISCAPACITADOS**
MARIA DEL CARMEN ALONSO ROMERO, MAGDALENA SALAZAR
CANO Y MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ 1857
- 393EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DE UN HOSPITAL. GESTIÓN Y LA CONFIDENCIALIDAD.**
SONIA PARRILLA ARENAS, MARIA ISABEL GARCIA MARTINEZ,
MARÍA PILAR MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, MANUEL VEGAS RAMOS Y
ISABEL CATALINA LOPEZ VIEDMA 1861
- 394RIESGOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL
CENTRO SANITARIO QUE DESARROLLA SUS FUNCIONES EN UNA
OFICINA**
MARIA LUISA LARA MUÑOZ, ROSARIO LUJÁN CRESPO, MARIA
DOLORES HURTADO MOYA, ISABEL ARNEDO ALCAUT Y ROSARIO
MORENO GALLETERO 1865
- 395EL CONFLICTO LABORAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL
AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO**
MARIA LUISA LARA MUÑOZ, ROSARIO LUJÁN CRESPO, MARIA
DOLORES HURTADO MOYA, ISABEL ARNEDO ALCAUT Y ROSARIO
MORENO GALLETERO 1869

- 396LA ACOGIDA DEL PACIENTE Y LA HUMANIZACIÓN DE LA
SANIDAD POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARIA LUISA LARA MUÑOZ, MARIA DOLORES HURTADO MOYA,
ISABEL ARNEDO ALCAUT, ROSARIO MORENO GALLETERO Y
ROSARIO LUJÁN CRESPO 1873
- 397EL CELADOR EN HOSPITALIZACIÓN. CONTROL DE
ENFERMEDADES INFECCIOSAS**
CARLOS ANDRÉS ESPINOZA GONZALEZ, MANUEL SANTIAGO
SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-GIL, CARLOS TORRES ATIENZA,
JAVIER GUTIÉRREZ VELASCO Y VÍCTOR DEL RIO MONTES 1877
- 398EL ROL VITAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN
DE PACIENTES EN EL DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN
HOSPITALARIA**
PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA, LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO,
YOLANDA JIMENEZ CARMONA, VERÓNICA MURILLO BEJARANO Y
ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO 1881
- 399FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE REANIMACIÓN DE
PACIENTES**
MARÍA DOLORES GARCÍA GALAFATE, ALFONSO JOSE ROMERO
GALAFATE, PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ MERINO, GEMA SORIA
LOZANO Y MARIA DEL MAR GILABERT CÁMARA 1885
- 400LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE TERMINAL: LA ACTUACIÓN
DEL CELADOR DURANTE LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE EN
ESTADO TERMINAL**
ALFONSO JOSE ROMERO GALAFATE, PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ
MERINO, GEMA SORIA LOZANO, MARIA DEL MAR GILABERT
CÁMARA Y MARÍA DOLORES GARCÍA GALAFATE 1889
- 401EL CELADOR EN LA PLANTA DE CUIDADOS PALIATIVOS**
CARLOS MARTÍNEZ DOLZ, MARÍA CERRO GARCÍA, JOAQUIN
VALENCIANO CABEZUELO, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS Y
JOSÉ ÓSCAR GONZÁLEZ PÉREZ 1893

- 402** **FUNCIONES Y ACTUACIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
CARLOS MARTÍNEZ DOLZ, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS,
JOSÉ ÓSCAR GONZÁLEZ PÉREZ, MARÍA CERRO GARCÍA Y
JOAQUIN VALENCIANO CABEZUELO 1897
- 403** **EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN UNA FARMACIA DE UN CENTRO SANITARIO**
CARLOS MARTÍNEZ DOLZ, MARÍA CERRO GARCÍA, JOAQUIN
VALENCIANO CABEZUELO, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS Y
JOSÉ ÓSCAR GONZÁLEZ PÉREZ 1901
- 404** **ACTUACIONES DEL CELADOR CON LOS VOLANTES O PETICIONES MÉDICAS GENERADOS EN URGENCIAS.**
ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS, MARIA BERNARDA
TORRES GARCIA-VALENCIANO, MARTIN ROMERO ANDUJAR,
ELENA ROMERO ANDUJAR Y LIDIA LARA JAIME 1905
- 405** **EL CELADOR DE LENCERÍA EN LA REPOSICIÓN DE ROPA Y VESTUARIO A LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**
ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS, MARIA BERNARDA
TORRES GARCIA-VALENCIANO, MARTIN ROMERO ANDUJAR,
ELENA ROMERO ANDUJAR Y LIDIA LARA JAIME 1909
- 406** **¿QUÉ FUNCIONES REALIZA EL CELADOR EN ANATOMIA PATOLOGICA?**
ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS, MARIA BERNARDA
TORRES GARCIA-VALENCIANO, MARTIN ROMERO ANDUJAR,
ELENA ROMERO ANDUJAR Y LIDIA LARA JAIME 1913
- 407** **EL CELADOR Y SUS COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE INFORMACIÓN DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MANUEL SANTIAGO SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-GIL,
CARLOS TORRES ATIENZA, JAVIER GUTIÉRREZ VELASCO, CARLOS
ANDRÉS ESPINOZA GONZALEZ Y VÍCTOR DEL RIO MONTES 1917

- 408 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL.**
LOURDES ANGEL ANGEL, MIGUEL ÁNGEL CIFUENTES GALINDO, MARÍA PAZ JIMÉNEZ ROJAS, MARÍA JOSÉ CARAVACA DÍAZ Y JENIFER CONDE VALENCIA 1921
- 409 COMPETENCIAS Y FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.**
LOURDES ANGEL ANGEL, MARÍA JOSÉ CARAVACA DÍAZ, JENIFER CONDE VALENCIA, MARÍA PAZ JIMÉNEZ ROJAS Y MIGUEL ÁNGEL CIFUENTES GALINDO 1925
- 410 LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SISTEMA SANITARIO Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.**
LOURDES ANGEL ANGEL, MARÍA PAZ JIMÉNEZ ROJAS, MIGUEL ÁNGEL CIFUENTES GALINDO, MARÍA JOSÉ CARAVACA DÍAZ Y JENIFER CONDE VALENCIA 1929
- 411 EL GRUPO DE CELADORES Y LAS MEJORAS DE LA MUSCULACIÓN.**
VÍCTOR DEL RIO MONTES, MANUEL SANTIAGO SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-GIL, CARLOS TORRES ATIENZA, JAVIER GUTIÉRREZ VELASCO Y CARLOS ANDRÉS ESPINOZA GONZALEZ 1935
- 412 GESTIÓN DE DATOS Y ESTADÍSTICAS EN SALUD: EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS**
LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO, YOLANDA JIMENEZ CARMONA, PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA, VERÓNICA MURILLO BEJARANO Y ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO 1939
- 413 FUNCIÓN DEL CELADOR EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA Y NEONATOS.**
PEDRO ROMERO MARTIN, SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ, MARIA FROILAN, SERGIO HERNÁNDEZ MARTÍN Y MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS 1943

- 414 ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR ANTE UNA EMERGENCIA**
PEDRO ROMERO MARTIN, SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ, MARIA FROILAN, SERGIO HERNÁNDEZ MARTÍN Y MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS 1947
- 415 EL CELADOR EN MORTURIOS Y SALAS DE AUTOPSIAS**
PEDRO ROMERO MARTIN, SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ, MARIA FROILAN, SERGIO HERNÁNDEZ MARTÍN Y MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS 1953
- 416 ACTUACIONES DEL CELADOR DE URGENCIAS EN EL BOX VITAL**
ANA ELVIRA ROBLES Y OSCAR GARCIA LEON 1957
- 417 ¿CUÁLES SON LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI)?**
OSCAR GARCIA LEON Y ANA ELVIRA ROBLES 1961
- 418 EL CELADOR Y SUS COMETIDOS EN LAS EN CONSULTAS EXTERNAS DE LOS CENTROS SANITARIOS**
LORENA SEGUIDO PANTOJA, PABLO HERRERO POZUELO, ANA BELÉN RODRÍGUEZ IMBERNON, DIANA CRISTINA GARZON CORTES Y JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO 1965
- 419 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: PARTES DE UNA COCINA Y LA FUNCIÓN DEL PINCHE EN CADA UNA DE ELLAS**
SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ, VICTOR SANTOS PLASENCIA, LAALIA ROUAB PIQUERAS, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS Y MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN 1969
- 420 EL PINCHE DE COCINA Y LA HIGIENE EN LOS CARROS ISOTÉRMICOS EMPLEADOS EN EL HOSPITAL**
SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ, MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS, LAALIA ROUAB PIQUERAS Y VICTOR SANTOS PLASENCIA 1973
- 421 LABORES GENERALES DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA**
SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS, MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN, LAALIA ROUAB PIQUERAS Y VICTOR SANTOS PLASENCIA 1977

- 422ACTUACIONES DEL CELADOR CON LOS PACIENTES DE BOXES DE URGENCIAS**
 AMPARO LEAL LARA Y GEMA ESTER CHOCANO ALHAMBRA 1981
- 423EL PAPEL DEL CELADOR CON EL PACIENTE EN LA PLANTA DE DIGESTIVO**
 GEMA ESTER CHOCANO ALHAMBRA Y AMPARO LEAL LARA 1985
- 424FUNCIONES CLAVES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA COORDINACIÓN DE TRANSPORTE Y LOGÍSTICA HOSPITALARIA**
 ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO, LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO, PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA, YOLANDA JIMENEZ CARMONA Y VERÓNICA MURILLO BEJARANO 1989
- 425ERGONOMÍA Y PSICOLOGÍA DEL CELADOR**
 JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO, DIANA CRISTINA GARZON CORTES, LORENA SEGUIDO PANTOJA, ANA BELÉN RODRÍGUEZ IMBERNON Y PABLO HERRERO POZUELO 1993
- 426LAS FUNCIONES DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
 SONIA CORONADO RUBIO, CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ, MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA, RAQUEL ISIDORO CARMONA Y MARIA ISABEL RICHART MELLADO 1997
- 427EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE FARMACIA**
 MARI CARMEN CORCOLES MOROTE, JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA, MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ, MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA Y ROSA Mª CARBALLO CARRIÓN 2001
- 428FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO**
 MARI CARMEN CORCOLES MOROTE, JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA, MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ, MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA Y ROSA Mª CARBALLO CARRIÓN 2005
- 429PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA RECEPCIÓN Y EN EL ALTA HOSPITALARIA DE UN PACIENTE**
 MARI CARMEN CORCOLES MOROTE, JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA, MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ, MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA Y ROSA Mª CARBALLO CARRIÓN 2009

- 430EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTION DE LOS SUMINISTROS HOSPITALARIOS**
SONIA CORONADO RUBIO, CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ, MARIA ISABEL RICHART MELLADO, MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA Y RAQUEL ISIDORO CARMONA 2013
- 431EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO DE ADMISIÓN DE PACIENTES**
SONIA CORONADO RUBIO, CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ, MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA, RAQUEL ISIDORO CARMONA Y MARIA ISABEL RICHART MELLADO 2017
- 432EL CELADOR Y SUS COMETIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
DIANA CRISTINA GARZON CORTES, JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO, LORENA SEGUIDO PANTOJA, PABLO HERRERO POZUELO Y ANA BELÉN RODRÍGUEZ IMBERNON 2021
- 433TECNOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL: EVALUACIÓN DE HERRAMIENTAS DIGITALES EN LA ATENCIÓN. SEGUIMIENTO DE CASOS SOCIALES**
GLORIA MARTINEZ ASIN Y MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ 2025
- 434EL TELEFONISTA Y LOS EQUIPOS BUSCAPERSONAS. CARACTERÍSTICAS Y FUNCIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MAGDALENA SALAZAR CANO, MARIA DEL CARMEN ALONSO ROMERO Y MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ 2031
- 435LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS DEL CENTRO SANITARIO**
MARIA DEL MAR GILABERT CÁMARA, MARÍA DOLORES GARCÍA GALAFATE, ALFONSO JOSE ROMERO GALAFATE, PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ MERINO Y GEMA SORIA LOZANO 2035
- 436EL MECÁNICO COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO EN HABITACIONES AISLADAS**
FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, JOSE ANTONIO PICAZO GARCIA, FERNANDO LIZON CORONADO, LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS Y JUAN GIJÓN MERCHAN 2039

- 437EL MECÁNICO DE UN HOSPITAL Y SU FUNCION EN LOS
ARREGLOS EN UNA COCINA HOSPITALARIA: EL HORNO
FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, JOSE ANTONIO PICAZO GARCIA,
FERNANDO LIZON CORONADO, LUIS FERNANDEZ-POLANCO
MESAS Y JUAN GIJÓN MERCHAN 2043
- 438EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL MECÁNICO Y EL
LLENADO Y CAMBIO DE BALAS DE OXÍGENO.
FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA, JOSE ANTONIO PICAZO GARCIA,
FERNANDO LIZON CORONADO, LUIS FERNANDEZ-POLANCO
MESAS Y JUAN GIJÓN MERCHAN 2047
- 439EL PAPEL DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ADMISION DE
UN HOSPITAL
PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO, MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA,
AZAHARA JÁVEGA PALENCIA, ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ Y
LAURA CABELLO DE LA ROSA 2051
- 440EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN URGENCIAS Y
EMERGENCIAS
PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO, MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA,
AZAHARA JÁVEGA PALENCIA, ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ Y
LAURA CABELLO DE LA ROSA 2055
- 441RECURSOS HUMANOS Y LA FUNCIÓN DEL AUXILIAR
ADMINISTRATIVO
PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO, MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA,
AZAHARA JÁVEGA PALENCIA, ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ Y
LAURA CABELLO DE LA ROSA 2059
- 442EL CELADOR Y LA ACTUACIÓN CON LOS PACIENTES
PARAPLÉJICOS.
ALBA MORALES RUIZ, MARI CARMEN VÁZQUEZ SIMÓN,
ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ, PEDRO MANUEL CASERO
FERNANDEZ Y DIANA PADURARU 2063

- 443EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN.**
ALBA MORALES RUIZ, PEDRO MANUEL CASERO FERNANDEZ,
DIANA PADURARU, ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ Y MARI
CARMEN VÁZQUEZ SIMÓN 2067
- 444CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS Y TIPOS DE URGENCIAS**
ALBA MORALES RUIZ, ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ, DIANA
PADURARU, PEDRO MANUEL CASERO FERNANDEZ Y MARI
CARMEN VÁZQUEZ SIMÓN 2071
- 445LA TAREA DEL CELADOR EN EL SISTEMA SANITARIO.**
KEVIN PEREZ MARTIN, FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO,
JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS, BLANCA MARÍA DÍAZ
MÉNDEZ Y MARIA DEL CARMEN GARCÍA MORENO 2075
- 446EL CELADOR EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.**
KEVIN PEREZ MARTIN, FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO,
JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS, BLANCA MARÍA DÍAZ
MÉNDEZ Y MARIA DEL CARMEN GARCÍA MORENO 2079
- 447FUNCIONES DEL CELADOR EN PARADAS DE LA UNIDAD DE URGENCIAS**
FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO, JUAN MANUEL COZAR
LAS HERAS, BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ, MARIA DEL CARMEN
GARCÍA MORENO Y KEVIN PEREZ MARTIN 2083
- 448EL CELADOR Y LAS DIFERENTES ACTUACIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
JORGEN DANERYS PEGUERO MENDEZ, PEDRO ORTEGA LAIN,
ANTONIO GIL MORENO, MARIA LOZANO PEREZ Y ANTONIO
DAVID NIEVES DIAZ 2087
- 449EL CELADOR DESTINADO A LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA**
JORGEN DANERYS PEGUERO MENDEZ, ANTONIO GIL MORENO,
MARIA LOZANO PEREZ, ANTONIO DAVID NIEVES DIAZ Y PEDRO
ORTEGA LAIN 2091

- 450ASISTIR A UN ACCIDENTADO CON SOSPECHA DE LESIÓN
MEDULAR PARA CELADORES
AMPARO TIRADO GALLEG0, WILLIAMS CORDOVES CUEVAS Y
RAUL VALERO GOMEZ 2095
- 451EL CELADOR Y LA RELACIÓN CON EL PACIENTE CONFLICTIVO
JORGEN DANERYS PEGUERO MENDEZ, ANTONIO DAVID NIEVES
DIAZ, PEDRO ORTEGA LAIN, ANTONIO GIL MORENO Y MARIA
LOZANO PEREZ 2099
- 452LOS COMETIDOS DEL CELADOR EN LOS BOXES DEL SERVICIO
DE URGENCIAS.
ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ 2103
- 453SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO Y NO
SANITARIO
PAULA RODRIGUEZ RODRIGUEZ 2107
- 454EL PINCHE DE COCINA Y EL ETIQUETADO DE LOS ALIMENTOS
EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
NOELIA BERNARTE RUEDAS, MARIA DE ALARCOS BERNARTE
RUEDAS, CRISTINA BERNARTE RUEDAS, BLANCA DÍAZ ZAMORA Y
FRANCISCO JAVIER DIAZ PARDO 2111
- 455EL PINCHE DE COCINA EN APOYO A LA ELABORACIÓN DE LA
DIETA BAJA EN POTASIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
NOELIA BERNARTE RUEDAS, MARIA DE ALARCOS BERNARTE
RUEDAS, CRISTINA BERNARTE RUEDAS, BLANCA DÍAZ ZAMORA Y
FRANCISCO JAVIER DIAZ PARDO 2115
- 456EL PINCHE DE COCINA Y EL MANEJO DE LOS PRODUCTOS
CONGELADOS. REVISION BIBLIOGRÁFICA
NOELIA BERNARTE RUEDAS, MARIA DE ALARCOS BERNARTE
RUEDAS, CRISTINA BERNARTE RUEDAS, BLANCA DÍAZ ZAMORA Y
FRANCISCO JAVIER DIAZ PARDO 2119

- 457 **ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO Y LA CORRECTA FORMA DE REALIZAR LA CONTENCIÓN MECÁNICA**
JAVIER FERNÁNDEZ GÓMEZ, BARBARA PANTANI, MARA RODRÍGUEZ GÓMEZ, JESUS DIAZ-MAYORDOMO Y RUBENS TORIJA RESUELA 2123
- 458 **ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS Y TÉCNICAS PARA SU CORRECTA REALIZACIÓN**
JAVIER FERNÁNDEZ GÓMEZ, BARBARA PANTANI, MARA RODRÍGUEZ GÓMEZ, JESUS DIAZ-MAYORDOMO Y RUBENS TORIJA RESUELA 2127
- 459 **LA IMPORTANCIA Y EL PAPEL FUNDAMENTAL QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
JAVIER FERNÁNDEZ GÓMEZ, BARBARA PANTANI, MARA RODRÍGUEZ GÓMEZ, JESUS DIAZ-MAYORDOMO Y RUBENS TORIJA RESUELA 2131
- 460 **EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**
EDITA CUETO GONZALEZ, MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ, GUILLERMO MORENO PÉREZ, EMILIA VIZCAYA LOPEZ Y LAURA LOPEZ GONZÁLEZ 2135
- 461 **EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO**
EDITA CUETO GONZALEZ, LAURA LOPEZ GONZÁLEZ, EMILIA VIZCAYA LOPEZ, GUILLERMO MORENO PÉREZ Y MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ 2139
- 462 **ZONAS ORGANIZATIVAS EN EL SERVICIO DE PLANCHADO PERTENECIENTES AL HOSPITAL**
PIEDAD GARCÍA LEON, CARMEN OLMOS PEINADO, SUSANA DÍAZ GARCÍA, JUANA ELIZABETH VILLALBA Y MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ 2143

- 463EL PROCESO EN LAS CALANDRAS EN EL SERVICIO DE PLANCHA DE LOS HOSPITALES**
PIEDAD GARCÍA LEON, CARMEN OLMOS PEINADO, SUSANA DÍAZ GARCÍA, JUANA ELIZABETH VILLALBA Y MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ 2147
- 464CÓMO ES LA ORGANIZACIÓN DE LA ZONA DE PLANCHADO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
PIEDAD GARCÍA LEON, CARMEN OLMOS PEINADO, SUSANA DÍAZ GARCÍA, JUANA ELIZABETH VILLALBA Y MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ 2151
- 465RIESGOS LABORALES Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN EL PUESTO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
ELENA SARRIA PEREA, MARTA JIMENEZ LOPEZ, GRACIA SANCHEZ SAEZ, PATRICIA ALFARO ROA Y DAVID TERCERO BLANCO 2155
- 466GESTIÓN DE SALUD Y PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ENFOCADOS A LA FIGURA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
ELENA SARRIA PEREA, MARTA JIMENEZ LOPEZ, GRACIA SANCHEZ SAEZ, PATRICIA ALFARO ROA Y DAVID TERCERO BLANCO 2159
- 467PRINCIPIOS Y FUNCIONES EN LA CATEGORÍA DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
ELENA SARRIA PEREA, MARTA JIMENEZ LOPEZ, GRACIA SANCHEZ SAEZ, PATRICIA ALFARO ROA Y DAVID TERCERO BLANCO 2163
- 468EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN**
EDITA CUETO GONZALEZ, EMILIA VIZCAYA LOPEZ, GUILLERMO MORENO PÉREZ, LAURA LOPEZ GONZÁLEZ Y MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ 2167
- 469LENGUAJE INCLUSIVO PARA PERSONAL NO SANITARIO**
JOSE IVAN VALDES NUÑEZ 2171

- 470 CÓMO ACTÚA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LAS SITUACIONES CONFLICTIVAS EN LOS CENTROS SANITARIOS**
VANESA RODRÍGUEZ ELENA, LARA PUÑAL RODRIGUEZ, MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN, MARTA SANTANA GIL Y MARISA HIGUERUELA MARTINEZ 2175
- 471 EL CELADOR Y SUS ACTUACIONES EN UNA FARMACIA HOSPITALARIA**
JUAN GIJÓN MERCHAN, CARLOS MARTINEZ CORCOLES, ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ, AITOR LISA ALMANSA Y JOSEFA ANDRÉS PARRA 2179
- 472 EL PAPEL DEL TELEFONISTA DEL SISTEMA SANITARIO ANTE UNA POSIBLE LLAMADA DE VIOLENCIA DE GENERO**
MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ, MARIA DEL CARMEN ALONSO ROMERO Y MAGDALENA SALAZAR CANO 2183
- 473 EL CELADOR Y SUS ACTUACIONES EN CONSULTAS EXTERNAS**
JUAN GIJÓN MERCHAN, ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ, AITOR LISA ALMANSA, CARLOS MARTINEZ CORCOLES Y JOSEFA ANDRÉS PARRA 2187
- 474 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS ALMACENES DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
LARA PUÑAL RODRIGUEZ, MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN, MARTA SANTANA GIL, VANESA RODRÍGUEZ ELENA Y MARISA HIGUERUELA MARTINEZ 2191
- 475 EL CELADOR Y SUS ACTUACIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
JUAN GIJÓN MERCHAN, JOSEFA ANDRÉS PARRA, CARLOS MARTINEZ CORCOLES, ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ Y AITOR LISA ALMANSA 2195

- 476 EL PERSONAL DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y SU PAPEL EN LA LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y PRODUCTOS QUÍMICOS UTILIZADOS EN LAVANDERÍA
MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ
- LUENGO MUÑOZ, JOSEFA ANDRÉS PARRA, ANDREA CASERO
ALBA Y KAROL FERNANDA TORRES OMEN 2199
- 477 EL PERSONAL DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y LA FUNCIÓN CUANTITATIVA DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA Y EL SISTEMA DE DOTACIÓN Y REPOSICIÓN DE LA ROPA HOSPITALARIA
MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ
- LUENGO MUÑOZ, JOSEFA ANDRÉS PARRA, ANDREA CASERO
ALBA Y KAROL FERNANDA TORRES OMEN 2203
- 478 EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y SU FUNCIONES EN LA ORGANIZACIÓN DE LAS AGENDAS DE LISTA QUIRÚRGICA DE LOS CENTROS SANITARIOS
ANA BELEN PEREZ ATIENZAR, MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA, MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ, MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES Y MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ 2207
- 479 EL ADMINISTRATIVO Y SU FUNCION EN LA GESTIÓN DE ALMACENES SANITARIOS, CÁLCULO DE STOCKS Y CONTROL DE CONSUMOS
ANA BELEN PEREZ ATIENZAR, MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA, MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ, MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES Y MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ 2211
- 480 EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN LA TRAMITACIÓN PARA SOLICITAR LA TARJETA SANITARIA A LOS PACIENTES
ANA BELEN PEREZ ATIENZAR, MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA, MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ, MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES Y MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ 2217

- 481 MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES POR EL CELADOR EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA**
ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO, CYNTHIA MARIA ZAMORA JALDO, JOSE ANTONIO NÚÑEZ ALCANTUD, SANDRA GARCÍA MONTILLA Y CARLOS MARTÍNEZ AGUSTÍN 2221
- 482 LOS CELADORES Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS**
ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO, CYNTHIA MARIA ZAMORA JALDO, JOSE ANTONIO NÚÑEZ ALCANTUD, SANDRA GARCÍA MONTILLA Y CARLOS MARTÍNEZ AGUSTÍN 2225
- 483 LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS**
ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO, CYNTHIA MARIA ZAMORA JALDO, JOSE ANTONIO NÚÑEZ ALCANTUD, SANDRA GARCÍA MONTILLA Y CARLOS MARTÍNEZ AGUSTÍN 2229
- 484 EL TIPO DE AGRESIONES A LAS QUE ESTÁ SOMETIDO EL CELADOR**
DOLORES MOROTE BONIFACIO, JESÚS MEDINA SÁNCHEZ, NATIVIDAD GÓMEZ VALERO, LUIS NAVARRO DE LA VEGA Y ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ 2233
- 485 LOS CELADORES ANTE SUS FUNCIONES EN LAS PLANTAS PALIATIVAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
ISMAEL SÁNCHEZ DE LAS HERAS, BRICIO JIMÉNEZ ESCOBAR, SUSANA NAVARRO MORENO, ALBERTO MARTIN CASTILLEJOS Y FRANCISCO JAVIER VÉLEZ SANTIAGO 2237
- 486 EL CELADOR DE PLANTA Y LA TÉCNICA DE MOVILIZACIÓN DE LOS ENFERMOS EN EL ASEO**
ISMAEL SÁNCHEZ DE LAS HERAS, BRICIO JIMÉNEZ ESCOBAR, SUSANA NAVARRO MORENO, ALBERTO MARTIN CASTILLEJOS Y FRANCISCO JAVIER VÉLEZ SANTIAGO 2241

- 487EL CELADOR ANTE EL PACIENTE CARDIACO DURANTE SU
ESTANCIA EN PLANTA HOSPITALARIA**
ISMAEL SÁNCHEZ DE LAS HERAS, BRICIO JIMÉNEZ ESCOBAR,
SUSANA NAVARRO MORENO, ALBERTO MARTIN CASTILLEJOS Y
FRANCISCO JAVIER VÉLEZ SANTIAGO 2245
- 488FUNCIONES DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS**
MARIA SATUE GABALDON, MARIA JOSEFA HERREROS CALERO,
MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA, ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ Y
ROSA MONTERO NÚÑEZ 2249
- 489LA FIGURA DEL CELADOR Y LOS DISTINTOS TIPOS DE
URGENCIAS**
NATIVIDAD GÓMEZ VALERO, JESÚS MEDINA SÁNCHEZ, DOLORES
MOROTE BONIFACIO, LUIS NAVARRO DE LA VEGA Y ALEJANDRO
MARÍN FERNANDEZ 2253
- 490LA FIGURA DEL CELADOR EN AUTOPSIAS**
JESÚS MEDINA SÁNCHEZ, DOLORES MOROTE BONIFACIO, LUIS
NAVARRO DE LA VEGA, NATIVIDAD GÓMEZ VALERO Y
ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ 2257
- 491EL CELADOR EN DIÁLISIS**
MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA, MARIA SATUE GABALDON,
ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ Y ROSA MONTERO NÚÑEZ 2261
- 492EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE
EN ATENCIÓN PRIMARIA**
MARISA HIGUERUELA MARTINEZ, LARA PUÑAL RODRIGUEZ,
MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN, VANESA RODRÍGUEZ ELENA Y
MARTA SANTANA GIL 2265
- 493TELEFONISTA EN SANIDAD: SISTEMAS DE MEGAFONÍA Y SUS
COMPONENTES**
FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD, JOSE MARÍA
CASARRUBIOS MAROTO Y JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO 2269

- 494EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN INCENDIO EN EL
SERVICIO DE LAVANDERÍA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ
- LUENGO MUÑOZ, JOSEFA ANDRÉS PARRA, ANDREA CASERO
ALBA Y KAROL FERNANDA TORRES OMEN 2273
- 495IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL
SANITARIO Y EL CELADOR**
MARTA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, ALBA MARTÍN GARCÍA, LIDIA
MIGUEL VEGA, IÑAKI TORREJON ALIRANGUES Y JOSÉ CARLOS
GARCIA HORMIGOS 2277
- 496EL CELADOR ANTE EL PACIENTE TETRAPLÉJICO**
JOSÉ CARLOS GARCIA HORMIGOS, IÑAKI TORREJON ALIRANGUES,
ALBA MARTÍN GARCÍA, LIDIA MIGUEL VEGA Y MARTA
RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ 2281
- 497EL CELADOR EN LA UNIDAD DE ICTUS**
IÑAKI TORREJON ALIRANGUES, LIDIA MIGUEL VEGA, MARTA
RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, ALBA MARTÍN GARCÍA Y JOSÉ CARLOS
GARCIA HORMIGOS 2285
- 498FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO DENTRO DEL
ÁMBITO HOSPITALARIO**
PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN, MARIA PILAR MARTIN
BUITRAGO DÍAZ, NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN
BUITRAGO Y VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO2289
- 499FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO
DEL ÁMBITO HOSPITALARIO**
PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN, MARIA PILAR MARTIN
BUITRAGO DÍAZ, NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN
BUITRAGO Y VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO2293
- 500FUNCIONES DEL CELADOR DE PLANTA EN EL ÁMBITO
HOSPITALARIO**
PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN, MARIA PILAR MARTIN
BUITRAGO DÍAZ, NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN
BUITRAGO Y VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO2297

- 501 GOBERNANTE/A EN SANIDAD: LA LAVANDERÍA CENTRALIZADA**
JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO, FRANCISCO JAVIER
CARRASCO CALATAYUD Y JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO **2301**
- 502 GOBERNANTA/E EN SANIDAD: SISTEMA DE ANÁLISIS DE
PELIGROS Y PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL (APPCC) EN LA
COCINA HOSPITALARIA**
JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO, FRANCISCO JAVIER
CARRASCO CALATAYUD Y JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO **2305**
- 503 EL CELADOR Y EL TRASLADO DE PACIENTES DENTRO DE LOS
CENTROS SANITARIOS**
MARÍA TERESA VINDEL CASTELLANO **2309**
- 504 EL PAPEL QUE DESARROLLA EL CELADOR DENTRO DE LA
URGENCIA HOSPITALARIA**
JULIO SÁNCHEZ SERRANO, VICTOR MARTIN SILVA CARRASCO,
VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ, MARIA RUBI DE LA LLAVE
MARTIN Y CLAUDIA PATRICIA REALES GELVES **2313**
- 505 LAS FUNCIONES DEL CELADOR DENTRO DE QUIRÓFANO Y
ESTERILIZACIÓN**
JULIO SÁNCHEZ SERRANO, VICTOR MARTIN SILVA CARRASCO,
VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ, MARIA RUBI DE LA LLAVE
MARTIN Y CLAUDIA PATRICIA REALES GELVES **2317**
- 506 EL PAPEL DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS (UCI)**
JULIO SÁNCHEZ SERRANO, VICTOR MARTIN SILVA CARRASCO,
VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ, MARIA RUBI DE LA LLAVE
MARTIN Y CLAUDIA PATRICIA REALES GELVES **2321**
- 507 AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y FUNCIONES ATENCIÓN AL
PACIENTE**
MIRIAN GARCIA GARCIA, MERCEDES LATORRE DELGADO, JAIME
MERINO HERVAS, ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA Y REBECA
GONZÁLEZ MARTÍN **2325**

- 508 AUXILIAR ADMINISTRATIVO MIEMBROS DE EQUIPO DE UNIDAD DE URGENCIAS**
MIRIAN GARCIA GARCIA, MERCEDES LATORRE DELGADO, JAIME MERINO HERVAS, REBECA GONZÁLEZ MARTÍN Y ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA 2329
- 509 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA INSCRIPCIÓN REGISTRAL DE RECIÉN NACIDOS DESDE EL HOSPITAL**
MIRIAN GARCIA GARCIA, MERCEDES LATORRE DELGADO, JAIME MERINO HERVAS, ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA Y REBECA GONZÁLEZ MARTÍN 2333
- 510 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN HIGIENE BUCODENTAL EN LA SENSIBILIDAD DENTAL EN ADULTOS CON ENFERMEDAD PERIODONTAL.**
FRANCISCA GONZÁLEZ BLESÁ, GEMMA SANCHEZ LOPEZ, FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ, SONIA GUIJARRO MORENO Y NEREIDA CABEZAS BELTRÁN 2337
- 511 EL CELADOR ANTE LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE**
ANTONIO BRENES SAUCEDA, MARIA TERESA GARCIA RODRIGO Y RICARDO BRENES SAUCEDA 2341
- 512 EL CELADOR EN (UCI) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
MARIA TERESA GARCIA RODRIGO, RICARDO BRENES SAUCEDA Y ANTONIO BRENES SAUCEDA 2345
- 513 EL CELADOR EN ANATOMÍA PATOLÓGICA: FUNCIONES PRINCIPALES**
MARÍA JOSE ARROYO RIVERA, AMANDA PEÑA VALLE, BELÉN MORENO FLORES, ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN Y DALILA CATALÁN CORDERO 2349
- 514 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: SANCIONES Y PENAS POR ATENTAR CONTRA LA LEY DE DATOS**
GONZALO RUÍZ GARCÍA, NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ, MIRIAM MEGÍAS RUÍZ Y PATRICIA RUÍZ GARCÍA 2353

- 515 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: ESTRATEGIAS PARA EVITAR LA FATIGA VISUAL.**
GONZALO RUÍZ GARCÍA, PATRICIA RUÍZ GARCÍA, NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ Y MIRIAM MEGÍAS RUÍZ 2357
- 516 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO.**
GONZALO RUÍZ GARCÍA, PATRICIA RUÍZ GARCÍA, NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ Y MIRIAM MEGÍAS RUÍZ 2363
- 517 EL CELADOR QUE TRABAJA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y EL ALTO RIESGO DE DESARROLLAR NECROFOBIA.**
MARÍA JOSE ARROYO RIVERA, AMANDA PEÑA VALLE, BELÉN MORENO FLORES, ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN Y DALILA CATALÁN CORDERO 2367
- 518 EL CELADOR HOSPITALARIO Y LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES.**
MARÍA JOSE ARROYO RIVERA, AMANDA PEÑA VALLE, BELÉN MORENO FLORES, ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN Y DALILA CATALÁN CORDERO 2371
- 519 EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: CONCEPTO DE MARCHA HACIA ADELANTE**
EVA DÍAZ DÍAZ Y ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ 2375
- 520 EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA IDENTIFICACIÓN DE ACCIDENTES RADIOLÓGICOS**
LAURA ALJARILLA PONCE, ALBERTO LEANDRO MAIZ SANTOS, SONIA OVEJERO GALLO, JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA Y ROSA ANA GAMBIN LORENZO 2379
- 521 EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA DOSIMETRÍA AMBIENTAL**
LAURA ALJARILLA PONCE, ALBERTO LEANDRO MAIZ SANTOS, SONIA OVEJERO GALLO, JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA Y ROSA ANA GAMBIN LORENZO 2383

- 522EL TÉCNICO DE RAYOS EN EL MANEJO DE LA BOMBA DE INYECCIÓN DE CONTRASTES**
LAURA ALJARILLA PONCE, ALBERTO LEANDRO MAIZ SANTOS,
SONIA OVEJERO GALLO, JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA Y ROSA ANA
GAMBIN LORENZO 2387
- 523ESTUDIO DEL LÍQUIDO SINOVIAL POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO**
MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA, VIRGINIA SERRANO BECERRA Y
MARTA PULIDO SÁNCHEZ 2391
- 524ANÁLISIS DE DROGAS DE ABUSO POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO**
MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA, VIRGINIA SERRANO BECERRA Y
MARTA PULIDO SÁNCHEZ 2395
- 525ESTUDIO DEL SEMEN POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO**
MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA, VIRGINIA SERRANO BECERRA Y
MARTA PULIDO SÁNCHEZ 2399
- 526EL COCINERO/A Y EL ÁCIDO FÓLICO EN LOS ALIMENTOS PARA PACIENTES INGRESADOS EN CENTROS HOSPITALARIOS**
ABEL DEL AMO UTRILLA, ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ
MEDINA, MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO, MARIA DOLORES
TORIJA BARRAGAN Y ISABEL SAUCEDO MOLINA 2403
- 527EL COCINERO/A Y SU ACTUACIÓN EN LA MANIPULACIÓN DE ESPECIAS EN LOS MENÚS DE LOS HOSPITALES**
ABEL DEL AMO UTRILLA, ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ
MEDINA, MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO, MARIA DOLORES
TORIJA BARRAGAN Y ISABEL SAUCEDO MOLINA 2407
- 528EL COCINERO/A Y EN LA ORGANIZACION Y EL DISEÑO BÁSICO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS**
ABEL DEL AMO UTRILLA, MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN,
ISABEL SAUCEDO MOLINA, ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ
MEDINA Y MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO 2411

- 529EL TELEFONISTA Y LA CENTRAL DIGITAL**
ELENA ORTEGA GOMEZ, OLGA MARTÍNEZ ORTEGA Y MARTA
ORTEGA GOMEZ 2415
- 530EL PAPEL DEL CELADOR EN EL ALMACÉN HOSPITALARIO**
DAVID MECINAS CASAS, BEGOÑA PALACIOS MICO, ROSA YASMIN
BOGOTÁ CASTRO, MANUEL PALACIOS GARCÍA-CHINCHILLA Y
DAVID MORENO GÓMEZ 2419
- 531EL TELEFONISTA Y LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD DE LAS
CENTRALITAS**
ELENA ORTEGA GOMEZ, OLGA MARTÍNEZ ORTEGA Y MARTA
ORTEGA GOMEZ 2423
- 532EL PAPEL DEL CELADOR EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA**
DAVID MECINAS CASAS, BEGOÑA PALACIOS MICO, ROSA YASMIN
BOGOTÁ CASTRO, MANUEL PALACIOS GARCÍA-CHINCHILLA Y
DAVID MORENO GÓMEZ 2427
- 533EL TELEFONISTA Y LA SEGURIDAD DINÁMICA**
ELENA ORTEGA GOMEZ, OLGA MARTÍNEZ ORTEGA Y MARTA
ORTEGA GOMEZ 2431
- 534DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL ÁMBITO
SANITARIO**
SOFÍA LAFUENTE MENÉNDEZ, MONTSERRAT MENÉNDEZ
MENÉNDEZ Y AROA PELÁEZ CANO 2435
- 535EL CELADOR Y EL TRASLADO DE DOCUMENTOS Y OBJETOS**
DAVID MECINAS CASAS, BEGOÑA PALACIOS MICO, ROSA YASMIN
BOGOTÁ CASTRO, MANUEL PALACIOS GARCÍA-CHINCHILLA Y
DAVID MORENO GÓMEZ 2441
- 536FUNCIONES DEL CALEFACTOR EN LA CORROSIÓN Y
MANTENIMIENTO DEL AGUA DEL HOSPITAL**
JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO, RUBÉN LÓPEZ PROPÍN Y DAVID
AGUERO OTERO 2445

- 537 FUNCIONES DEL CALEFACTOR EN EL USO DE REFRIGERANTES HOSPITALARIOS**
JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO, RUBÉN LÓPEZ PROPÍN Y DAVID AGUERO OTERO 2449
- 538 FUNCIONES DEL CALEFACTOR EN EL CLIMATIZADOR GENERAL DEL HOSPITAL**
JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO, RUBÉN LÓPEZ PROPÍN Y DAVID AGUERO OTERO 2453
- 539 EXPOSICIÓN DE LAS FOBIAS DE LOS PACIENTES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS EXPUESTO POR LOS CELADORES**
HUGO MIGUEL FRANCISCO FERREIRO, MARA GARCIA GARRIDO, CRISTINA DE LA VEGA VICENTE, MAR BELDA MARCO Y LOURDES VICENTE VALENCIA 2457
- 540 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS**
HUGO MIGUEL FRANCISCO FERREIRO, CRISTINA DE LA VEGA VICENTE, MARA GARCIA GARRIDO, MAR BELDA MARCO Y LOURDES VICENTE VALENCIA 2461
- 541 EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR**
HUGO MIGUEL FRANCISCO FERREIRO, CRISTINA DE LA VEGA VICENTE, MARA GARCIA GARRIDO, MAR BELDA MARCO Y LOURDES VICENTE VALENCIA 2465
- 542 LA RELEVANCIA DE PRÁCTICAR LA ESCUCHA ACTIVA EN EL ENTORNO LABORAL**
ANA DÍAZ, ANDREA POMBO FERNÁNDEZ, CARIDAD FERNÁNDEZ BARNETO, ANA BELÉN PÉREZ GALLEGU Y MERCEDES OLOJO 2471
- 543 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL LA CONSULTA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA**
SANDRA GÓMEZ FERNÁNDEZ, FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ, ROBERTO BERNAL MORENO, DANIEL CORDERO SÁNCHEZ CHIQUITO Y MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ 2477

544	FUNCIONES EL CELADOR EN LA CONSULTA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA SANDRA GÓMEZ FERNÁNDEZ, FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ, ROBERTO BERNAL MORENO, DANIEL CORDERO SÁNCHEZ CHQUITO Y MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ	2481
545	EL CELADOR EN LA CONSULTA DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL SANDRA GÓMEZ FERNÁNDEZ, FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ, ROBERTO BERNAL MORENO, DANIEL CORDERO SÁNCHEZ CHQUITO Y MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ	2485
546	EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA JONATAN RUIZ MORALES, AZUCENA GUERRA DIAZ, CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ Y MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ SORIANO	2489
547	EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE GASTROSCOPIAS DIGESTIVAS JONATAN RUIZ MORALES, AZUCENA GUERRA DIAZ, CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ Y MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ SORIANO	2493
548	EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE COLONOSCOPIAS DIGESTIVAS JONATAN RUIZ MORALES, AZUCENA GUERRA DIAZ, CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ Y MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ SORIANO	2497
549	EL CELADOR HOSPITALARIO Y SU PAPEL EN EL ASEO DEL PACIENTE. ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ Y MIRIAM MEGÍAS RUÍZ	2501
550	EL CELADOR HOSPITALARIO Y LOS RIESGOS PSICOLÓGICOS DE SU LABOR ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ Y MIRIAM MEGÍAS RUÍZ	2505
551	EL CELADOR HOSPITALARIO Y SUS PRINCIPALES FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ Y MIRIAM MEGÍAS RUÍZ	2509

- 552EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: LÍNEA FRÍA Y SU LABOR
ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN Y ANTONIO BACHILLER
GONZÁLEZ 2513
- 553EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LAS PATOLOGÍAS DE LA PIEL
MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR, CASANDRA GONZALEZ
FUENTES, JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ, PATRICIA SÁNCHEZ Y
LORENA ALFARO SÁNCHEZ 2517
- 554EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)
EN LA FECUNDACIÓN IN VITRO
MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR, CASANDRA GONZALEZ
FUENTES, JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ, PATRICIA SÁNCHEZ Y
LORENA ALFARO SÁNCHEZ 2523
- 555EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA
ENFERMEDAD DE PAGET
MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR, CASANDRA GONZALEZ
FUENTES, JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ, PATRICIA SÁNCHEZ Y
LORENA ALFARO SÁNCHEZ 2529
- 556EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE
RESONANCIA MAGNÉTICA DE UN HOSPITAL PÚBLICO
ANA BELEN RIPIERO CARBONELL, ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA Y
MARÍA ELENA DÍAZ DE LA CRUZ 2533
- 557EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE PEC
TAC DE UN HOSPITAL PÚBLICO
ANA BELEN RIPIERO CARBONELL, ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA Y
MARÍA ELENA DÍAZ DE LA CRUZ 2537
- 558EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA DE
CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO
ANA BELEN RIPIERO CARBONELL, MARÍA ELENA DÍAZ DE LA
CRUZ Y ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA 2541
- 559TÉCNICO ESPECIALISTA EN TECNOLOGÍAS DE LA
INFORMACIÓN: SEGURIDAD INFORMÁTICA EN HOSPITALES
ISMAEL CARRETERO AMORES 2545

- 560**EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL USUARIO:
QUEJAS, SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES
NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ, MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO,
FERNANDO REDONDO MORENO, AMANDA CABIEDAS ESPADA Y
MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ 2549
- 561**EL SERVICIO DE ALMACÉN DE UN HOSPITAL Y EL AUXILIAR
ADMINISTRATIVO
NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ, MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO,
FERNANDO REDONDO MORENO, AMANDA CABIEDAS ESPADA Y
MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ 2555
- 562**EL ROL DEL ASISTENTE ADMINISTRATIVO EN EL CONTEXTO DE
LA GINECOLOGÍA
NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ, MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO,
FERNANDO REDONDO MORENO, AMANDA CABIEDAS ESPADA Y
MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ 2559
- 563**INTOXICACIÓN POR DIGITÁLICOS EN URGENCIAS
HOSPITALARIAS. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA
PILAR BARQUERO LINDO, PAULA MORENO CIVANTOS, BÁRBARA
TRANCOSO FERNÁNDEZ, PILAR MOYA MARTÍNEZ Y GLORIA
MARIA COLLADO IZQUIERDO 2565
- 564**ESCALA DE COMA DE GLASGOW ANTE UN TRAUMATISMO
CRANEOENCEFÁLICO Y VALORACIÓN ENFERMERA
PILAR BARQUERO LINDO, PAULA MORENO CIVANTOS, BÁRBARA
TRANCOSO FERNÁNDEZ, PILAR MOYA MARTÍNEZ Y GLORIA
MARIA COLLADO IZQUIERDO 2571
- 565**EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PRE Y
POSTOPERATORIOS DE LA INTERVENCIÓN DE CATARATAS
PILAR BARQUERO LINDO, PAULA MORENO CIVANTOS, BÁRBARA
TRANCOSO FERNÁNDEZ, PILAR MOYA MARTÍNEZ Y GLORIA
MARIA COLLADO IZQUIERDO 2577

566	ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	
	MARIA RAMIREZ BUITRAGO, MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ BUITRAGO, VIOLETA CARRETERO RODRIGUEZ-REY, FE SERRANO DE LA CRUZ JIMENEZ Y ÁNGELA GÓMEZ DEL MORAL RODRÍGUEZ-BOBADA	2583
567	EL CELADOR DE PLANTA	
	PEDRO FRANCISCO MOLINA ARMERO	2587
568	ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL CENTRO DE SALUD DE PRIMARIA	
	MARIA RAMIREZ BUITRAGO, MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ BUITRAGO, VIOLETA CARRETERO RODRIGUEZ-REY, ÁNGELA GÓMEZ DEL MORAL RODRÍGUEZ-BOBADA Y FE SERRANO DE LA CRUZ JIMENEZ	2591
569	ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE	
	MARIA RAMIREZ BUITRAGO, FE SERRANO DE LA CRUZ JIMENEZ, ÁNGELA GÓMEZ DEL MORAL RODRÍGUEZ-BOBADA, VIOLETA CARRETERO RODRIGUEZ-REY Y MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ BUITRAGO	2597
570	ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA SEMIBLANDA PARA EL PACIENTE	
	DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ, GEORGETA MIORITA BALAS Y ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ	2601
571	ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA DE PROTECCIÓN HEPÁTICA	
	DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ, GEORGETA MIORITA BALAS Y ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ	2605
572	ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA CELIACA	
	DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ, GEORGETA MIORITA BALAS Y ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ	2609

- 573 EL PINCHE DE COCINA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS) EN ENTORNOS HOSPITALARIOS**
MARÍA ANGELES CHAPARRO LIMONCHE, JAVIER MARTINEZ VALIENTE, PATRICIA ROJAS MORENO Y AGUSTÍN MIGUEL ACERO DORADOR 2613
- 574 EL PINCHE DE COCINA EN LA COCINA PEDIÁTRICA: CÓMO GARANTIZAR LA NUTRICIÓN Y LA SEGURIDAD DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS**
MARÍA ANGELES CHAPARRO LIMONCHE, JAVIER MARTINEZ VALIENTE, PATRICIA ROJAS MORENO Y AGUSTÍN MIGUEL ACERO DORADOR 2617
- 575 EL DESARROLLO DE HÁBITOS SALUDABLES EN LA COCINA: EL PINCHE DE COCINA COMO EDUCADOR NUTRICIONAL**
MARÍA ANGELES CHAPARRO LIMONCHE, JAVIER MARTINEZ VALIENTE, PATRICIA ROJAS MORENO Y AGUSTÍN MIGUEL ACERO DORADOR 2623
- 576 LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL ADMINISTRATIVO**
YESICA FERNANDEZ RUBIO 2629
- 577 EL ODONTOLOGO Y LOS SELLADORES DENTALES**
TAMARA VALERA COLLADO Y MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO 2633
- 578 EL ODONTOLOGO Y LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES**
TAMARA VALERA COLLADO Y MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO 2637
- 579 LOS OPIOIDES Y EL DOLOR DENTAL QUE PROVOCAN VISTO POR UN ODONTÓLOGO**
TAMARA VALERA COLLADO Y MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO 2641
- 580 EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN LA GESTIÓN ECONÓMICA DE LAS GUARDIAS DEL PERSONAL SANITARIO**
ANGEL MODESTO RODRIGUEZ VILLASEVIL, JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO Y LAURA JERÓNIMO OLAYA 2645

- 581 EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN EL CÁLCULO DE LAS BASES DE COTIZACIÓN DE LOS SANITARIOS**
ANGEL MODESTO RODRIGUEZ VILLASEVIL, JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO Y LAURA JERÓNIMO OLAYA 2649
- 582 EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN EL CÁLCULO DE NÓMINAS MENSUALES**
ANGEL MODESTO RODRIGUEZ VILLASEVIL, LAURA JERÓNIMO OLAYA Y JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO 2653
- 583 ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA**
MÓNICA ESCRIBANO BRAJOS, MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO Y JAVIER VÁZQUEZ DE GRACIA 2657
- 584 EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS EN ENFERMERÍA**
ISABEL ILLANA LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS, PATRICIA BLANCO ESTEBAN, NATALIA HONRADO GIRON Y MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ 2661
- 585 ENFERMERÍA Y EL CÓDIGO ICTUS EN ATENCIÓN PRIMARIA**
ISABEL ILLANA LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS, PATRICIA BLANCO ESTEBAN, NATALIA HONRADO GIRON Y MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ 2667
- 586 EL USO DE CITOSTÁTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. PAPEL DE ENFERMERÍA**
ISABEL ILLANA LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS, PATRICIA BLANCO ESTEBAN, NATALIA HONRADO GIRON Y MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ 2671

Capítulo 1

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN EL MANEJO DE LA RETINOPATÍA DEL PREMATURO

VANESA RIVERO GUTIERREZ

1 Introducción

La retinopatía del prematuro (ROP) es una causa común de ceguera en países desarrollados pese a su actual tratamiento , y su prevalencia se incrementa con el paso de los años:

- Incidencia de cualquier grado de ROP del 65-70% en los principales estudios (< 1251 gramos)
- ROP grave 10-20%

La ROP es una vitreorretinopatía proliferativa que acontece en recién nacidos pretérmino, sometidos a oxigenoterapia. Está relacionada con la inmadurez retiniana al nacer. Puede conducir en su evolución a consecuencias fatales como el desprendimiento de retina: “fibroplasia retrolental”.

En 1942 Terry TL describió por primera vez esta patología pero no fue hasta 1951 cuando Health P la categorizó bajo el nombre de ROP.

Entre 1940 y 1950 se produjo la primera epidemia de cegueras secundarias a ROP debido a un uso indiscriminado de oxígeno (O₂) , descrito por Campdell K en 1951.

La segunda epidemia de esta enfermedad data de 1970 a 1980 debido a la aumento de la supervivencia de prematuros de menos de 1000 gramos (g) al nacer.

En 2008 se calculó la existencia de 50.000 niños ciegos en el mundo por ROP. Los países emergentes contribuyen más a esta cifra, siendo la causa primordial una oxigenoterapia sin control. En cambio, en países industrializados el motivo suele ser por incremento cada vez mayor de la supervivencia del prematuro de muy bajo peso.

2 Objetivos

- Establecer los factores de riesgo relacionados con la enfermedad.
- Conocer los grupos de riesgo para un pronto diagnóstico , seguimiento y tratamiento con la elaboración de un programa de cribado.
- Conocer el protocolo de cribado en España
- Manejar los diferentes tratamientos de la ROP

3 Metodología

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

4 Resultados

Para poder llegar a manejar esta patología es necesario conocer primeramente su fisiopatología.

La vida intrauterina esta condicionada por una vasculogénesis que acontece entre la semana 14 a la 21 y es independiente del O₂ y del factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF). Posteriormente se produce una fase de angiogénesis ,a partir de la semana 21, regulada por el VEGF y factor de crecimiento insulinoide-1 (IGF-1) y condicionada por el ambiente de hipoxia fisiológica intraútero.

En el caso de una recién nacido prematuro, se caracteriza por una fase precoz vaso obliterativa ,debido a la disminución de IGF-1 y VEGF , por un ambiente hiperóxico extrauteino suplementado con O₂ que inhibe la expresión de estos factores. Y una fase tardía proliferativa posterior con aumento de IGF-1 y VEGF (semana 32-34 de edad gestacional) por la reducción del intercambio alveolar de oxígeno, la incompleta vascularización retiniana y las crecientes demandas

metabólicas de la retina ya funcionante, que en conjunto, provocan un estado de hipoxia retiniana relativa. Esto estimula la sobreexpresión de los factores derivados de la hipoxia que inducen una vasoproliferación aberrante en la unión de la retina ya vascularizada con la retina avascular.

Por tanto y a raíz de la explicación anterior determinaremos como factores de riesgo principales :

Edad gestacional al nacimiento

Peso al nacimiento

Aporte de O₂ (fase precoz vaso proliferativa)

Escasa ganancia de peso postnatal (relacionado con los bajos niveles de IGF-1)

Factores secundarios:

Anemia

Síndrome de distrés respiratorio

Enterocolitis necrotizante

Hemorragia intraventricular

Ductus arterioso persistente

Sepsis

Transfusiones

En la actualidad se postula que límites bajos de saturación de O₂ en las primeras semanas de vida y mayores a partir de la 32 SEG podrían ayudar a modular el desarrollo de ROP.

Una vez conocidos los prematuros con más riesgo, debido a los factores anteriormente citados, hay que establecer un protocolo de cribado estandarizado y universal que sirva para que todos los especialistas unifiquen sus criterios. Dicho protocolo determinará:

- 1) la población de riesgo
- 2) el momento de inicio de los exámenes
- 3) las exploraciones necesarias maximizando el reconocimiento de la enfermedad y minimizando las complicaciones
- 4) estimar un punto de finalización

En España el protocolo de cribado define a los pacientes de riesgos como:

-Recién nacidos (RN) con peso ≤ 1.500 g

-Edad Gestacional (EG) < 32 semanas. La EG estará determinada por el neonatólogo, basándose en la fecha de última regla (FUR) y en la ecografía fetal precoz.

-RN con EG $\geq$ 32 semanas y PN entre 1.501-2.000 g con aporte de oxígeno por un lapso $>$ 72 h o con curso clínico inestable (IC), considerado por el neonatólogo. Los principales factores de riesgo se consideran: ventilación asistida prolongada, apneas, acidosis neonatal, muerte gemelar, hemorragia intraventricular III-IV, persistencia de ductus, sepsis, enterocolitis necrotizante, intervenciones quirúrgicas intercurrentes y mala ganancia de peso postnatal.

En la tabla 1 se recogen según los criterios el inicio del primer fondo de ojo según la semana de edad gestacional (SEG) :

CRITERIOS — INICIO

$\leq$ 1500 gr — $<$ 26 SEG — 30-31

$<$ 32 SEG — 27, 28 SEG — 31-32

IC (1501-2000 gr, $>$ 32 SEG, O₂ $>$ 72 horas) — $\geq$ 29 SEG — 4-5 sem de vida

El seguimiento se realizará dependiendo del grado de afectación según la clasificación internacional:

1. Control cada semana o menos en caso de:

– Zona I estadio 1 o 2.

– Zona II estadio 3.

– Cualquier enfermedad en presencia de signos plus.

2. Control cada una o 2 semanas en caso de:

– Zona I stop (no ROP) (una semana si no tiene o se retira intubación orotraqueal [IOT], 2 semanas si permanece con IOT).

– Zona II estadio 2.

– Regresión en zona I.

3. Control cada 2 semanas en caso de:

– Zona II estadio 1. Regresión en zona II

4. Control cada 2 o 3 semanas en caso de:

– Zona II stop (no ROP).

– Zona III estadio 2 o 3.

– Regresión en zona III.

Fin de la exploración:

– Vascularización retiniana completa en 360°.

– Edad posmenstrual $>$ 45 semanas y ausencia de enfermedad preumbral.

– Edad posmenstrual $>$ 36 semanas con vascularización zona III sin signos previos de ROP con al menos 2 exploraciones de fondo de ojo.

– Regresión de ROP con seguridad de no reactivación

Para iniciar el estudio de los tratamientos disponibles haremos un breve resumen de la clasificación internacional:

- Localización según 3 zonas (I, II, III) concéntricas. Más central, más severa la ROP.
- ☒ Zona I: centrada en papila, radio 2 x distancia papila-mácula.
- ☒ Zona II: centrada en papila, hasta la ora nasal.
- ☒ Zona III: creciente temporal
- Grado evolutivo (1-5). Mayor grado, más severa.
- Enfermedad “plus”.
- Extensión en grados de circunferencia. Más extensión, más severa.

Los tratamientos actuales tienen como objetivo:

- Evitar la progresión a grados avanzados de la enfermedad
- Tratamiento clásico: ablación retina avascular periférica (crioterapia fue abandonada en los años 90 debido al auge de la fotocoagulación láser)
- Tratamiento actual (anti-VEGF): interferir en la señalización aberrante del VEGF hacia la neovascularización extrarretiniana

INDICACIONES

- Indicación universal: enfermedad UMBRAL
- Enfermedad PREUMBRALE de alto riesgo (Tipo 1) en zona I/IIP
- Razonable indicación PREUMBRALE Tipo 1 en zona IIA

Tabla 2: tratamiento de lección y retratamiento según el grado y zona afectada
Los grados IV y V precisan de cirugía vitreoretiniana para su resolución.

5 Discusión-Conclusión

Los neonatólogos a cargo del prematuro deben informar a los padres de la existencia de esta patología y de un protocolo de cribado establecido para detectar aquellos prematuros de riesgo.

En cada centro hospitalario se debe establecer un circuito que incluya comunicación entre oftalmólogo y neonatólogo, así como una planilla estándar donde poder anotar las exploraciones realizadas. Las exploraciones periódicas deberían realizarse ciertos días acordados de la semana y en las mismas horas con el fin

de que le servicio de neonatología tenga los pacientes preparados para dicho valoración por parte del oftalmólogo. Es de suma importante involucrar al personal auxiliar médico (supervisores, diplomados en enfermería [DUE), auxiliares ..) para correcto manejo del prematuro.

Debido a las consecuencias garrafales de esta patología en la visión del prematuro ,es indispensable incidir sobre aquellos factores de riesgo modificables asi como seguir el protocolo para su precoz diagnostico.

6 Bibliografía

Gilbert, C., Fielder, A., Gordillo, L., Quinn, G., Semiglia, R., Visintin, P., Zin, A., & International NO-ROP Group (2005). Characteristics of infants with severe retinopathy of prematurity in countries with low, moderate, and high levels of development: implications for screening programs. *Pediatrics*, 115(5), e518–e525. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1180>

Chen, J., & Smith, L. E. (2007). Retinopathy of prematurity. *Angiogenesis*, 10(2), 133–140. <https://doi.org/10.1007/s10456-007-9066-0>

Kim, S. J., Port, A. D., Swan, R., Campbell, J. P., Chan, R. V. P., & Chiang, M. F. (2018). Retinopathy of prematurity: a review of risk factors and their clinical significance. *Survey of ophthalmology*, 63(5), 618–637. <https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2018.04.002>

Ferrer Novella, C., González Viejo, I., Pueyo Royo, V., Martínez Fernández, R., Galdós Iztueta, M., Peralta Calvo, J., Abelairas Gómez, J., Tejada Palacios, P., Martín Begué, N., Wolley-Dod, C.h, Alarcón Portabella, S., Serra Castanera, A., Morales Ballús, M., Harto Castaño, M. A., Martinez-Costa Perez, R., Rodriguez-Hurtado, F. J., García Serrano, J. L., Escudero Gómez, J., Morales Guillén, C., Pastor Ramos, M. T., ... Garcia Campos, J. (2013). Screening program for retinopathy of prematurity in Spain. *Archivos de la Sociedad Espanola de Oftalmologia*, 88(5), 184–188. <https://doi.org/10.1016/j.oftal.2012.07.030>

International Committee for the Classification of Retinopathy of Prematurity (2005). The International Classification of Retinopathy of Prematurity revisited. *Archives of ophthalmology* (Chicago, Ill. : 1960), 123(7), 991–999. <https://doi.org/10.1001/archophth.123.7.991>

Chiang, M. F., Quinn, G. E., Fielder, A. R., Ostmo, S. R., Paul Chan, R. V., Berrocal, A., Binenbaum, G., Blair, M., Peter Campbell, J., Capone, A., Jr, Chen, Y., Dai, S., Ells, A., Fleck, B. W., Good, W. V., Elizabeth Hartnett, M., Holmstrom, G., Kusaka, S., Kychenthal, A., Lepore, D., ... Zin, A. (2021). International Clas-

sification of Retinopathy of Prematurity, Third Edition. *Ophthalmology*, 128(10), e51–e68. <https://doi.org/10.1016/j.opthta.2021.05.031>

Moshfeghi, D. M., & Berrocal, A. M. (2011). Retinopathy of prematurity in the time of bevacizumab: incorporating the BEAT-ROP results into clinical practice. *Ophthalmology*, 118(7), 1227–1228. <https://doi.org/10.1016/j.opthta.2011.04.028>

Tasman W. (2001). Ten-year follow-up from the CRYO-ROP study. *Archives of ophthalmology* (Chicago, Ill. : 1960), 119(8), 1200–1201. <https://doi.org/10.1001/archopht.119.8.1200>

Stahl, A., Sukgen, E. A., Wu, W. C., Lepore, D., Nakanishi, H., Mazela, J., Moshfeghi, D. M., Vitti, R., Athanikar, A., Chu, K., Iveli, P., Zhao, F., Schmelter, T., Leal, S., Köföncü, E., Azuma, N., & FIREFLEYE Study Group (2022). Effect of Intravitreal Aflibercept vs Laser Photocoagulation on Treatment Success of Retinopathy of Prematurity: The FIREFLEYE Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 328(4), 348–359. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.10564>

Capítulo 2

TRAUMATISMOS TORACOABDOMINALES

CELIA CABRERO RODRÍGUEZ

ROCÍO FORNEIRO PÉREZ

1 Introducción

Los traumatismos toracoabdominales son lesiones graves que afectan simultáneamente a dos regiones vitales del cuerpo humano: el tórax y el abdomen. Estas lesiones resultan de fuerzas traumáticas que impactan directamente sobre el tronco, ya sea debido a accidentes automovilísticos, caídas desde alturas significativas, lesiones deportivas o incluso actos de violencia. La particularidad de los traumatismos toracoabdominales radica en su capacidad para comprometer órganos y estructuras cruciales de dos sistemas esenciales para la vida: el sistema respiratorio y el sistema digestivo.

Las consecuencias de estos traumatismos pueden ser potencialmente letales. Los síntomas y la gravedad de los traumatismos varían ampliamente, lo que hace que su diagnóstico y tratamiento sean un desafío para los profesionales de la salud.

El manejo de los traumatismos toracoabdominales exige una evaluación clínica minuciosa, así como la realización de estudios de imagen y análisis de laboratorio para determinar la extensión de las lesiones. En casos graves, puede requerirse una intervención quirúrgica de emergencia para salvar la vida del paciente.

Este tema reviste gran importancia tanto en el ámbito médico como en el de la salud pública, ya que la identificación y el tratamiento oportuno de los trauma-

tismos toracoabdominales son fundamentales para mejorar las tasas de supervivencia y la calidad de vida de quienes los padecen.

2 Objetivos

El objetivo de este tema es conocer las fracturas más frecuentes en las distintas estructuras toracoabdominales y la actuación en cada uno de los casos.

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. Además, se han consultado artículos en las principales bases de datos como Pubmed, seleccionando algunos artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Fracturas costales:

Es una de las lesiones más frecuentes a nivel torácico. Las fracturas más frecuentes suelen ser entre la 3ª y 8ª costillas. En el caso de fracturas situadas en los primeros arcos costales hay que valorar la posibilidad de lesiones a nivel de mediastino y grandes vasos. En las bajas hay que considerar la posibilidad de afectación hepática, esplénica e incluso renal.

Generalmente, se considera un traumatismo leve o que no es de gravedad, se consideran en las situaciones con menos de tres fracturas costales, ausencia de comorbilidades en el paciente como la edad o patología cardiopulmonar, complicaciones intra o extratorácicas, estabilidad hemodinámica y buen control del dolor.

El número de arcos costales afectados se suele relacionar con el nivel de gravedad del traumatismo torácico. Entre los factores de gravedad son la inestabilidad hemodinámica y la presencia de volet costal, que se define como la fractura de tres o más costillas en 2 o 3 puntos, lo que implica la pérdida de la continuidad de la pared torácica.

El tratamiento en la mayor parte de los casos es analgesia para el control del dolor y manejo de posibles complicaciones secundarias, como infecciones. En el caso del tórax inestable se debería evaluar la situación respiratoria y proporcionar un adecuado soporte.

Contusiones pulmonares:

Es la lesión visceral más frecuente tras un traumatismo torácico. Se debe a la lesión de la membrana alveolocapilar, seguido de hemorragia y edema intersticial. Puede asociar broncoespasmo, secreciones... La clínica es inespecífica, puede presentarse con disnea, dolor secundario a la contusión, hemoptisis o broncorrea. El diagnóstico se dirige a la evaluación de la situación respiratoria mediante una gasometría arterial y en el TC se puede observar vidrio deslustrado, áreas de consolidación similares a la neumonía, con un difícil diagnóstico diferencial. En cuanto al tratamiento, se suele emplear oxigenoterapia y analgesia y no existe una eficacia demostrada de los corticoides y antibióticos.

Hemotórax:

Consiste en la presencia de un líquido hemático en la cavidad pleural y se emplea como criterio que el hematocrito en el líquido pleural sea mayor del 50% del presente en sangre periférica. Las causas son diversas: traumatismos torácicos abiertos, cerrados, por una herida intercostal o afectación del paquete vascular, laceración pulmonar, afectación diafragmática o una lesión miocárdica. Los signos y síntomas incluyen disnea, taquicardia, inestabilidad hemodinámica. En la mayoría de los casos se opta por el uso de tubos de drenaje pleural. Las indicaciones quirúrgicas son: inestabilidad hemodinámica, sangrado inicial de más de 1.5 litros tras la colocación del drenaje, sangrado persistente o mayor de 250 ml/h en las 3-4 primeras horas o sospecha de lesión intratorácica grave.

Traumatismo hepático:

El hígado es el órgano abdominal que se afecta con mayor frecuencia. La mayoría son lesiones leves y no requieren tratamiento quirúrgico. La causa más frecuente de daño hepático son los accidentes de tráfico.

Se debe una valoración inicial sobre la situación hemodinámica, el paciente, en caso de afectación, debe ser trasladados de forma urgente a quirófano. El diagnóstico puede hacerse mediante tomografía computarizada (TC) o ecografía (ecoFAST).

Para la evaluación de la gravedad de la lesión se emplean criterios de imagen de

la American Association for the Surgery of Trauma (AAST):

Grado I: hematoma subcapsular <10% de la superficie. Laceración del menos de 1 cm de profundidad.

Grado II: hematoma subcapsular entre el 10 y el 50% de la superficie, hematoma intraparenquimatoso de menos de 1 cm de diámetro o laceración de entre 1 y 3 cm de profundidad.

Grado III: hematoma subcapsular de más del 50% de la superficie, ruptura del hematoma subcapsular o parenquimatoso, hematoma intraparenquimatoso mayor de 10 cm de diámetro, laceración de más de 3 cm de profundidad o afectación de la vasculatura o sangrado activo.

Grado IV: afectación del parénquima que afecta entre el 25 y el 75% de un lóbulo hepático o sangrado activo que afecte al peritoneo.

Grado V: afectación del parénquima mayor del 75% de un lóbulo hepático, lesión venosa yuxtahepática que incluya a la vena cava retrohepática y la vena hepática mayor central.

La decisión sobre si la lesión es quirúrgica o no depende fundamentalmente de tres factores: el grado de la lesión, la estabilidad hemodinámica y las comorbilidades del paciente.

Traumatismo esplénico:

Al igual que en el caso del daño hepático, la causa más frecuente de lesión esplénica son los accidentes de tráfico. La evaluación, diagnóstico y estimación de la gravedad del daño es similar a la realizada a nivel de hígado.

Los criterios de la AAST para evaluar el daño esplénico son:

Grado I: hematoma subcapsular menor de 10% del área o laceración de <1 cm de profundidad.

Grado II: hematoma subcapsular entre el 10 y el 50% del área, hematoma intraparenquimatoso <5 cm o laceración de entre 1 y 3 cm de profundidad.

Grado III: hematoma subcapsular que afecte a más del 50% del área, ruptura subcapsular, hematoma intraparenquimatoso mayor o igual de 5 cm o laceración de más de 3 cm de profundidad.

Grado IV: cualquier daño que afecte al paquete capsular esplénico o sangrado activo limitado a la cápsula esplénica. Laceración que afecte a un segmento o vasos produciendo más de un 25% de devascularización.

Grado V: cualquier daño en la presencia de daño vascular con sangrado activo que se extienda al peritoneo o la rotura esplénica.

De forma general se realiza un tratamiento conservador en lesiones entre grado I-III, siempre que haya estabilidad hemodinámica.

5 Discusión-Conclusión

- El tratamiento de las fracturas costales en la mayor parte de los casos es analgesia para el control del dolor y manejo de posibles complicaciones secundarias.
- La contusión pulmonar es la lesión visceral más frecuente tras un traumatismo torácico.
- Las indicaciones quirúrgicas de un hemotórax son: inestabilidad hemodinámica, sangrado inicial de más de 1.5 litros tras la colocación del drenaje, sangrado persistente o mayor de 250 ml/h en las 3-4 primeras horas o sospecha de lesión intratorácica grave.
- En las lesiones hepáticas la decisión sobre si la lesión es quirúrgica o no depende fundamentalmente de tres factores: el grado de la lesión, la estabilidad hemodinámica y las comorbilidades del paciente.
- En los traumatismos esplénicos de forma general se realiza un tratamiento conservador en lesiones entre grado I-III, siempre que haya estabilidad hemodinámica.

6 Bibliografía

1. Freixinet Gilart J, Hernández Rodríguez H, Martínez Vallina P, Moreno Balsalobre R, Rodríguez Suárez P. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento de los traumatismos torácicos. Normativa SEPAR. Arch Bronconeumol. 2011;47(1):41-49.
2. Freixinet J, Beltrán J, Rodríguez P, Juliá G, Hussein M, Gil R, et al. Indicadores de gravedad en los traumatismos torácicos. Arch Bronconeumol. 2008;44:257-62.
3. Christmas AB, Jacobs DG. Management of hepatic trauma in adults. UpToDate. Jul 2023.
4. Tinkoff G, Esposito TJ, Reed J, Kilgo P, Fildes J, Pasquale M, Meredith JW. American Association for the Surgery of Trauma Organ Injury Scale I: spleen, liver, and kidney, validation based on the National Trauma Data Bank. J Am Coll Surg. 2008 Nov;207(5):646-55. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2008.06.342. Epub 2008 Aug 30. PMID: 18954775.
5. Maung AA, Kaplan LJ. Management of splenic injury in the adult trauma patient. UpToDate. Jul 2023.

Capítulo 3

NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN

CELIA CABRERO RODRÍGUEZ

ROCÍO FORNEIRO PÉREZ

1 Introducción

La neumonía por aspiración es una afección pulmonar grave y potencialmente mortal que se produce cuando se inhala material extraño o contenido del tracto gastrointestinal, como alimentos, líquidos o vómito, hacia los pulmones. Esta condición puede tener consecuencias graves o potencialmente mortales para la salud, ya que puede desencadenar una respuesta inflamatoria o infecciosa pulmonar que puede afectar especialmente a pacientes con comorbilidades. Esta enfermedad presenta una variedad de síntomas que van desde tos, fiebre y dificultad para respirar hasta manifestaciones más graves como sepsis, insuficiencia respiratoria y daño pulmonar irreversible.

Este tema tiene una gran importancia en el aspecto clínico tanto en la atención primaria como hospitalaria, pues suele estar asociada a pacientes en situación de vulnerabilidad, como los niños, los ancianos, pacientes hospitalizados o con enfermedades neuromusculares. Por todo esto es fundamental la prevención, el diagnóstico y abordaje precoces para disminuir la probabilidad de complicaciones graves.

A lo largo de este capítulo, se abordarán las causas o factores de riesgo para desarrollar y también para poder prevenir una neumonía por aspiración, discutiremos los métodos de diagnóstico y tratamiento más recientes que están disponibles para abordar esta preocupante condición médica. En última instancia, esta intro-

ducción servirá como una base para comprender y abordar este tema de manera eficaz.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es profundizar en los aspectos relacionados con las causas, el diagnóstico y el manejo de la neumonía por aspiración.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática, fundamentalmente en las guías más recientes y actualizadas sobre este tema, y se han consultado artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando algunos artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

1. Causas.

Alguna de las causas de esta patología son:

- Aspiración de contenido gástrico: Una de las principales causas es el reflujo gastroesofágico, donde se produce el depósito de contenido ácido al sistema respiratorio debido a un mal funcionamiento del esfínter esofágico. Esto puede ocurrir en personas con enfermedades como la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) o después de una cirugía esofagogástrica.
- Aspiración de contenido oral: La aspiración de saliva, alimentos o líquidos puede ocurrir en personas con disfagia de distinta etiología, como problemas neuromusculares, accidente cerebrovascular, la esclerosis múltiple o lesiones en la médula espinal.

Los factores de riesgo son:

- Ancianos.
- Patología neurológica.
- Deterioro cognitivo.
- Disfagia.
- Debilidad muscular.
- Intervención quirúrgica reciente.

- Vómitos.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Consumo de alcohol o drogas.

2. Diagnóstico.

El diagnóstico de la neumonía por aspiración implica una evaluación clínica y pruebas médicas que pueden incluir:

- Anamnesis: que incluya antecedentes de este tipo de episodios, situación basal, síntomas actuales, factores de riesgo y eventos recientes que puedan haber causado la aspiración.
- Exploración física: constantes como la saturación de oxígeno y la auscultación cardiorrespiratoria.
- Radiografía de tórax: pueden mostrar la presencia de infiltrados pulmonares, que son un signo característico de la neumonía.
- Análisis de sangre: con el objetivo de observar datos que apoyen la infección mediante la elevación de reactantes de fase aguda como la proteína c reactiva, hemograma o procalcitonina.
- Cultivo de esputo de bacterias y hongos: para intentar aislar el microorganismo responsable de la infección respiratoria.
- Broncoscopia: en caso de imposibilidad para la toma de muestra, ausencia de mejora a pesar de tratamiento médico o para aspirar secreciones en pacientes con dificultad para la expectoración y compromiso respiratorio.
- Tomografía computarizada TC de tórax: proporciona una imagen más detallada del parénquima pulmonar y su posible afectación.

3. Tratamiento.

El abordaje de esta patología debe ser completo:

- Tratamiento de la causa subyacente: tratamiento de la enfermedad principal, como puede ser adaptación de la dieta del paciente o uso de formas alternativas de alimentación según el caso y de forma individual como el uso de sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía endoscópica percutánea (PEG).
- Antibiótico: inicio precoz del tratamiento. Deben cubrir fundamentalmente bacterias gram negativas y anaerobios. Algunos antibióticos pueden ser quinolonas (ciprofloxacino, levofloxacino o moxifloxacino), carbapenemes, amoxicilina/clavulánico, piperacilina/tazobactam, aminoglucósidos, metronidazol o

- Soporte respiratorio: que puede ir desde proporcionar el oxígeno en gafas nasales a la ventilación mecánica. Depende del paciente y de la gravedad del cuadro. En caso de gravedad y criterios de inestabilidad hemodinámica y/o sepsis no se debe retrasar la intubación orotraqueal.
- Rehabilitación: en algunos casos, es necesario trabajar con un equipo de rehabilitación para mejorar la función pulmonar, la deglución y el manejo de secreciones, también afectado en algunos grupos de riesgo como pacientes con deterioro cognitivo avanzado o trastornos neuromusculares.

La neumonía por aspiración es una condición seria, que requiere atención médica inmediata. La prevención, especialmente en personas con factores de riesgo, es fundamental para evitar su desarrollo. La educación sobre las medidas preventivas y el tratamiento oportuno son esenciales para mitigar los riesgos asociados con esta enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

- Una de las causas más frecuentes de aspiración es el reflujo gastroesofágico, cirugía esofagogástrica o aspiración en pacientes con disfagia.
- Algunos factores de riesgo para presentar episodios de broncoaspiración son: edades extremas de la vida, padecer una patología neurológica, deterioro cognitivo o disfagia.
- La neumonía por aspiración implica una evaluación clínica y pruebas complementarias completas y bien orientadas que incluyan: Anamnesis, Exploración física, analítica y cultivo de esputo.
- El manejo de esta patología debe ser completo: tratar de la causa subyacente, soporte respiratorio, rehabilitación.
- El inicio de la antibioticoterapia debe ser precoz. Deben cubrir fundamentalmente bacterias gram negativas y anaerobios.

6 Bibliografía

1. Torres A, Barberán J, Ceccato A, Martín-Loeches I, Ferrer M, Menéndez R, et al. Neumonía intrahospitalaria. SEPAR. Actulación 2020. Arch Bronconeumol. 2020; 56 (S1): 11-9.
2. Sancho J, Vergara P, González L. Trastornos de la deglución Y neumonía por aspiración en las enfermedades neuromusculares [Internet]. Elsevier; 2004. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana->

fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-trastornos-deglucion-neumonia-por-aspiracion-13063599.

3. Neill S, Dean N. Aspiration pneumonia and pneumonitis. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2019;32(2):152–7.

4. Marik PE. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. *New England Journal of Medicine*. 2001;344(9):665–71.

5. Almirall J, Boixeda R, de la Torre MC, Torres A. Aspiration pneumonia: A renewed perspective and practical approach. *Respiratory Medicine*. 2021;185:106485.

Capítulo 4

EPILEPSIA: MANEJO DE LA PRIMERA CONVULSIÓN EN LA INFANCIA

ELIZABETH PATRICIA XICOTENCATL SOTO

1 Introducción

La experiencia de presenciar la primera convulsión en un niño es una de las situaciones más angustiosas y alarmantes que un padre o cuidador puede enfrentar. Para los profesionales de la medicina, comprender y abordar eficazmente la primera convulsión en un niño es una habilidad esencial que puede marcar la diferencia en la salud y el bienestar del paciente pediátrico.

Este capítulo se adentra en el complejo mundo de la convulsión pediátrica, centrándose en la primera convulsión, que a menudo es un punto de entrada en el mundo de las neurologías pediátricas. Aquí, exploraremos las causas subyacentes, la evaluación clínica y las estrategias de manejo, brindando a los profesionales de la medicina una comprensión sólida de cómo abordar este desafío médico con confianza y empatía.

La primera convulsión puede ser un episodio aislado, pero también puede ser un indicador de condiciones subyacentes más graves, como la epilepsia. Por lo tanto, es crucial que los médicos y otros profesionales de la salud puedan diferenciar entre estos escenarios y tomar decisiones informadas sobre la evaluación y el tratamiento.

A lo largo de este capítulo, analizaremos las recomendaciones y pautas actuales, así como las mejores prácticas para el manejo de la primera convulsión en niños. También abordaremos la importancia de la comunicación con los padres y

cuidadores, proporcionando información, apoyo y tranquilidad en un momento de gran preocupación.

La primera convulsión puede ser un desafío clínico, pero también es una oportunidad para brindar un cuidado compasivo y experto. Este capítulo tiene como objetivo equipar a los profesionales de la medicina con el conocimiento y las habilidades necesarias para afrontar este escenario con profesionalismo y empatía, garantizando la mejor atención posible para los niños que experimentan este evento crítico en su desarrollo.

2 Objetivos

Proporcionar a los profesionales de la medicina una comprensión integral de la primera convulsión en niños, abordando su evaluación clínica, diagnóstico, manejo agudo y consideraciones a largo plazo, con el fin de asegurar una atención efectiva y empática para los pacientes pediátricos que experimentan este evento crítico.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se llevó a cabo una revisión bibliográfica de libros y se consultaron además artículos en las principales bases de datos, como Pubmed, UptoDate, Scielo, entre otros. Se seleccionaron artículos científicos provenientes de publicaciones académicas revisadas. Así mismo se hizo una revisión de los lineamientos de organismos internacionales respecto al tema.

4 Resultados

1. CONCEPTOS

La Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) ha establecido una definición de convulsión (crisis epiléptica) como la aparición temporal de signos y/o síntomas causados por una actividad neuronal excesiva o anormalmente sincronizada en el cerebro.

Para comprender la semiología de los fenómenos paroxísticos en el niño, es importante que conozcamos una serie de conceptos fundamentales. Estos conceptos incluyen:

El fenómeno paroxístico: Se caracteriza por la aparición repentina de cambios en el estado normal o aparentemente anormal del individuo. Estos cambios pueden afectar diferentes aspectos como la actividad motora, el equilibrio, los sentidos, la conciencia, las funciones cognitivas o el sueño.

Crisis Cerebral: es un episodio repentino y temporal de síntomas motores, sensoriales, sensoriales, autonómicos o psíquicos que ocurre como consecuencia de un breve y repentino mal funcionamiento cerebral.

Se subclasifica en:

* Crisis cerebral epiléptica: ocurre cuando hay una descarga excesiva y sincrónica de actividad neuronal en el cerebro. Puede suceder de vez en cuando o ser repetitivo a lo largo del tiempo.

* Crisis cerebral no epiléptica: una crisis cerebral que no es causada por una descarga neuronal anormal y excesiva en un grupo de neuronas. En cambio, tiene su origen en otros fenómenos de producción diferentes a los epilépticos, como la falta de oxígeno o trastornos del sueño.

De igual manera la definición operativa de epilepsia de la ILAE se compone uno de los siguientes criterios

- Ocurrencia de al menos dos crisis no provocadas, separadas más de 24 horas entre sí.
- Una única crisis no provocada que presente un riesgo de recurrencia igual o menor al 60%
- Ante el diagnóstico de un síndrome epiléptico bien definido por la clínica y el electroencefalograma (EEG), tras una primera crisis no provocada.

2. TIPOS DE CRISIS

2.1. ATÓNICAS

Se describen como una repentina y abrupta disminución del tono muscular. Por lo general, estos episodios son breves y pueden afectar a una parte específica o a todo el cuerpo en la clínica. En esta situación ocurre la repentina caída de la persona, resultando en lesiones en el rostro o en el cuero cabelludo.

2.2. MIOCLONIAS

Sacudidas breves e involuntarias, ya sean únicas o en serie, se refieren a contracciones musculares en uno o varios grupos musculares. En términos clínicos,

las convulsiones pueden clasificarse como focales, segmentarias o generalizadas. Aunque es difícil de demostrar, en caso de que ocurra una pérdida de conciencia, esta es de corta duración y no dura más que la mioclonía. Con frecuencia, ocurren de manera rápida al despertar y no se presenta ningún período post-ictal.

2.3. AUSENCIAS

Estas crisis son breves y pueden ocurrir con frecuencia a lo largo del día. Normalmente, no exceden los 20 segundos de duración. Durante este tiempo, hay una interrupción en la actividad motora y se produce una recuperación de la conciencia de forma brusca. Ellos no presentan aura ni estado post-ictal. Muchas veces ocurre debido a una respiración acelerada.

2.4. TONICAS

Estas convulsiones son contracciones musculares sostenidas que afectan a varios grupos musculares al mismo tiempo, tanto los músculos que se contraen como los que se relajan. Las duraciones pueden variar desde segundos hasta minutos. Las contracciones musculares pueden afectar a todos los músculos de la parte central del cuerpo o a las extremidades, de forma simétrica o asimétrica, causando posturas en las que el cuerpo se lleva hacia atrás o hacia adelante.

2.5. CLÓNICAS

Las sacudidas son movimientos fuertes y repetitivos, generalmente simétricos, que afectan a diferentes grupos de músculos flexores y extensores de forma alternada. Estas sacudidas pueden durar desde unos pocos segundos hasta varios minutos.

2.6. TÓNICO-CLÓNICAS GENERALIZADAS

Comienzan de manera repentina con una pérdida de conciencia, a menudo precedida por un grito o un gemido. Después de eso, surge la fase tónica, en la que se alternan posturas de extensión o flexión del cuerpo. A continuación, se presenta la fase clónica, que es un poco más larga y viene acompañada de fenómenos vegetativos como dilatación de las pupilas, sudoración y aumento de la frecuencia cardíaca. El período post-ictal, que puede durar varios minutos, ocurre de forma característica.

2.7. FOCALES-SIMPLES

En esta situación, no se produce un cambio en el estado de conciencia y se con-

serva la memoria del suceso. Estas manifestaciones se manifiestan a través de síntomas motores, autonómicos, psicológicos o somatosensoriales que indican que provienen de una región cerebral específica. La duración de las crisis puede ser variable, desde unos pocos segundos hasta varios minutos, y es común que se desarrolle una crisis focal compleja o la generalización secundaria.

3. NIVELES DIAGNÓSTICOS.

Desde abril de 2017, la Clasificación de la Epilepsia de la ILAE ha sido actualizada para incluir tres niveles de diagnóstico.

El primer nivel se refiere al tipo de crisis epiléptica, ya sea focal, generalizada o de origen desconocido.

Además, se han agregado dos conceptos importantes en todos los niveles de diagnóstico: la comorbilidad, que se refiere a las enfermedades o condiciones médicas asociadas que presenta el paciente, y la etiología, que se refiere a la causa subyacente de la epilepsia.

Algunos pacientes se ven limitados a permanecer en este nivel de diagnóstico debido a la falta de oportunidades para realizar un estudio más exhaustivo. Esto puede ser aceptable, ya que también puede tratarse del primer paso en su evaluación.

Se utiliza el segundo nivel diagnóstico cuando se cuenta con al menos un EEG y un estudio de imagen cerebral. En este nivel, se deberá determinar el tipo de epilepsia que puede ser focal, generalizada, combinada (es decir, con crisis tanto focales como generalizadas, lo cual es frecuente en diversos síndromes epilépticos), o bien desconocido.

El diagnóstico etiológico puede realizarse en diferentes áreas, como estructural, genético, infeccioso, metabólico, inmunitario o cuando se desconoce la causa. A veces, un paciente puede tener más de una causa en su enfermedad; por ejemplo, un paciente que tiene esclerosis tuberosa y presenta tuberosidades corticales, lo que indica una causa estructural, pero también una causa genética debido a su enfermedad subyacente.

La categoría diagnóstica conocida como síndrome epiléptico forma parte del tercer nivel de diagnóstico. Las crisis pueden tener características comunes que incluyen tipos específicos, hallazgos en el EEG, características en estudios de imagen y factores desencadenantes dependientes de la edad, la edad de inicio y la remisión en algunos casos. También pueden presentar variaciones durante el día,

en ocasiones tener implicaciones pronósticas, comorbilidades distintivas tanto intelectuales como psiquiátricas y posibles implicaciones en cuanto a su origen y tratamiento.

3.1. ABORDAJE

3.1.2 MOMENTO DE LA CRISIS.

El primer manejo consiste básicamente en estabilizar al paciente, en el momento de la crisis existen 3 acciones fundamentales que realizar:

La primera: mantener la calma, ya que entrar en un estado de concentración y calma reduce posibles errores en el manejo de la crisis.

Segundo: Posicionamiento del paciente, se deberá de procurar la vía aérea y una posición segura para el afectado, recomendándose posicionarlo en decúbito lateral, sin colocar objetos en boca y retirar objetos que lo rodeen y puedan ocasionar golpes durante la convulsión.

Tercero: Medir el tiempo de la convulsión; es de suma importancia debido a que a pesar de que generalmente se autolimitan, existe lo que se conoce como estatus epiléptico, una situación clínica que se define por la repetición de crisis sin recuperación del estado de conciencia entre ellas, o por la extensión de la misma durante al menos de 5 minutos, con. Un alto riesgo de daño cerebral.

3.1.3. ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA.

Posterior a la primera convulsión comienza el abordaje diagnóstico, comenzando con la entrevista clínica.

Las personas que fueron testigos de las crisis serán interrogadas, así como también se le preguntará al niño si tiene la capacidad de relatar sus experiencias o de recordarlas.

Se tendrán en cuenta varios factores antes, durante y después de la crisis, incluyendo posibles causas o agravantes, relación con el ciclo del sueño, síntomas previos a la crisis, forma de inicio (brusco o gradual), nivel de conciencia y capacidad de respuesta durante la crisis.

Se evaluarán los antecedentes personales del paciente, incluyendo factores de riesgo prenatales, perinatales y postnatales que puedan afectar al desarrollo de la epilepsia. También se tomarán en cuenta datos sobre el desarrollo psicomotor, los episodios paroxísticos previos y cualquier factor que pueda haber precipitado las crisis, como traumatismos craneales previos, consumo de medicamentos

o sustancias tóxicas, infecciones previas o concurrentes, fiebre, antecedentes de enfermedades sistémicas agudas o crónicas, entre otros. Se proporcionarán detalles sobre los antecedentes familiares, los cuales incluyen historial de epilepsia, fibrosis quística, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, metabopatías congénitas y trastornos del neurodesarrollo.

En la exploración general se realizará una evaluación de datos tales como medidas corporales, temperatura, funciones vitales, estado físico en general, nivel de nutrición y desarrollo, lesiones en la piel (alteraciones del color y erupciones), soplos cardíacos, agrandamiento de los órganos internos, anomalías estructurales menores, deformidades en los huesos, indicios de lesiones externas y signos de irritación meníngea.

3.1.4. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Las pruebas complementarias tienen un valor limitado en el estudio de las primeras crisis convulsivas y nunca deben reemplazar la historia clínica. Es fundamental tener en cuenta que utilizar estas herramientas de manera indiscriminada y sin un protocolo establecido puede generar más confusión que ayuda en el proceso de diagnóstico.

Las pruebas adicionales se enfocan en examinar posibles causas subyacentes que se pueden tratar, y nos ayudan a identificar el mejor tratamiento para la epilepsia en caso de ser necesario.

No es necesario realizar estudios de laboratorio y gabinete en una persona que se recupera por completo de un primer evento convulsivo, a menos que haya síntomas específicos que justifiquen su realización, como vómito, diarrea, deshidratación o disminución del estado de conciencia.

El electroencefalograma es el examen principal para investigar los episodios paroxísticos. Proporciona datos fundamentales sobre el tipo de crisis, el tipo de epilepsia y también sobre el tipo de síndrome epiléptico.

Es recomendable realizar un electroencefalograma (EEG) durante la vigilia o el sueño, preferiblemente después de haber estado despierto durante un tiempo prolongado, y utilizando la técnica de fotoestimulación. Se sugiere que la duración de este procedimiento sea de 25 a 35 minutos. Además, se debe realizar la estimulación utilizando los siguientes parámetros:

- Hiperventilación (3-4 min.)
- Estimulación fótica intermitente a diferente

- frecuencia
- Estimulación sonora.

3.1.5. NEUROIMAGEN (TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA, RESONANCIA MAGNÉTICA)

Continúan siendo esenciales para determinar las causas de los fenómenos paroxísticos epilépticos en los niños. Se utilizan generalmente cuando hay crisis en recién nacidos, se detectan anomalías en el examen neurológico, hay retraso en el desarrollo psicomotor, se presentan síntomas del trastorno del espectro autista, hay crisis focales, se observa déficit neurológico después de las crisis, se tiene un cuadro de estatus epiléptico convulsivo, hay una clara focalidad en el EEG y en casos con convulsiones febriles complejas.

4. ESTABLECIMIENTO DE DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO Y PRONÓSTICO.

Teniendo en cuenta los resultados de los estudios semiológicos de la crisis, los datos recopilados durante la anamnesis y la exploración física, así como los hallazgos del EEG, se evaluarán los factores de riesgo para la recurrencia inicial de las crisis y la posibilidad de que estemos presenciando el inicio de una epilepsia genuina.

5. TRATAMIENTO.

Antes de decidir tratar crónicamente a un niño con episodios paroxísticos utilizando fármacos antiepilépticos (FAE), es primordial confirmar si el evento que ha experimentado es verdaderamente una crisis epiléptica no provocada. También es importante determinar si esta es realmente la primera crisis y no ha habido episodios previos.

Se recomienda el inicio de tratamiento antiepiléptico en pacientes que presenten cualquiera de los siguientes factores de riesgo:

- Pacientes con lesión cerebral previa (crisis convulsivas sintomáticas remotas)
- Crisis convulsivas focales
- Crisis convulsivas durante el sueño
- Historia familiar de epilepsia
- Examen neurológico anormal
- Retraso psicomotor
- Estado epiléptico
- EEG anormal
- Anormalidades en el estudio de imagen

Para las crisis generalizadas se recomiendan: Valproato de magnesio, fenobarbital, levotiracetam, lamotrigina, topiramato y fenitoína.

Para las crisis focales: Levetiracetam, lamotrigina, oxcarbacepina, carbamacepina, topiramato, valproato fenitoína y fenobarbital

5.1. PAUTAS

- Levotiracetam dosis inicial de 10-20 mg/kg/día 2 dosis. Aumentar c/3 días hasta llegar a 40-50 mg/kg/día.
- Lamotrigina 2-10 mg/kg/día 2 dosis. (Tab. 25 mg o 100 mg)
- Carbamazepina 7-12 mg/kg/día, 2 o 3 dosis (Tabs 200 mg o suspensión 100mg/5ml)
- Topiramato 3-6mg/kg/día. Monoterapia. (Tab 25 o 100 mg)
- Fenitoína 5 mg/kg/día v.o. en 2-3 dosis. Máximo: 300 mg/día.
- Valproato de magnesio 10-60 mg/kg/día 2 o 3 dosis. (186mg/1ml o tab 185.6 mg)
- Fenobarbital 4-6 mg/kg c/12 hrs. (20 mg/5ml)

Tener en cuenta:

- Fenitoína agrava las crisis de ausencias
- Carbamacepina y oxcarbacepina exacerba las ausencias, mioclonias, crisis tónicas y atónicas

6. MANEJO DEL ESTATUS EPILÉPTICO.

El estatus epiléptico (EE) es una emergencia neurológica que exige una atención inmediata, ya que puede ser mortal o generar una discapacidad importante. La más frecuente emergencia neurológica en niños, con una incidencia anual de 18-23 por cada 100 000 niños. El cuidado involucra la detección y el tratamiento simultáneo de las causas desencadenantes, las complicaciones sistémicas y el uso de medicamentos antiepilépticos para controlar las convulsiones.

Aunque no se ha establecido un protocolo de actuación uniforme, se está aceptando cada vez más el uso de fármacos de amplio espectro y disponibilidad intravenosa como el ácido valproico y el levetiracetam como segunda opción en el tratamiento del estado epiléptico generalizado. Para los casos de epilepsia focal, se sigue utilizando la fenitoína, pero hay una tendencia a incorporar nuevos fármacos antiepilépticos como la lacosamida.

Las benzodiacepinas (BDZ) son la primera opción debido a su facilidad de administración y rápida acción. La depresión respiratoria es el efecto secundario principal que se asocia con la cantidad de dosis administradas.

Si se tiene acceso a una vía intravenosa (IV), se prefiere administrar diazepam

por vía IV en dosis de 0,2 mg/kg, con un máximo de 5 mg en niños menores de 5 años y 10 mg en niños mayores de 5 años. Esta elección se debe a que el diazepam tiene una vida media más larga. En caso de no contar con la opción de administración intravenosa (IV), se puede considerar el uso de midazolam por vía intramuscular (IM), intranasal (IN) o bucal (0,2 mg/kg/dosis, con un máximo de 10 mg/dosis) como una alternativa adecuada. Aunque ya no es comúnmente utilizado, también se puede considerar el uso de diazepam administrado por vía rectal a una dosis de 0,5 mg/kg/dosis.

5 Discusión-Conclusión

En la conclusión de este capítulo, es esencial recalcar la importancia fundamental del conocimiento y la competencia de los médicos en el abordaje de la primera convulsión en la infancia. Este evento, que puede desencadenar ansiedad y preocupación en padres y cuidadores, requiere una atención especializada y un enfoque basado en la evidencia.

Los médicos desempeñan un papel insustituible en el diagnóstico, la evaluación y el manejo de la primera convulsión, y esta responsabilidad no debe subestimarse. A través de su experiencia y habilidades, los médicos pueden brindar a las familias el apoyo necesario, aliviar la angustia y garantizar un tratamiento adecuado para el paciente pediátrico.

El conocimiento profundo de las causas subyacentes, las opciones de diagnóstico y las estrategias terapéuticas en el contexto de la primera convulsión es una inversión en un futuro más saludable para nuestros niños. Esto no solo implica proporcionar atención médica de calidad, sino también fomentar la confianza y la empatía en el proceso.

6 Bibliografía

1. Berg A, Berkovic SF, Brodie MJ, Buchhalter J, Cross JH, Van Emde Boas W, et al, Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005–2009, *Epilepsia*, 2010;51(4):676– 685.
2. García Peñas JJ, Aznar Laín G. Valoración del paciente con una primera crisis. *Protoc diagn ter pediatr*. 2022;1:449-457.

3. González Hermosa A. Estatus epiléptico. *Protoc diagn ter pediatr.* 2020;1:119-140.
4. Martínez Granero, M. A., A. García Pérez, and AEP ap. "El niño que convulsiona: enfoque y valoración desde Atención primaria." AEP ap, editor. *Curso de Actualización Pediatría* (2017): 361-73.

Capítulo 5

INFARTO OMENTAL COMO ETIOLOGÍA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

BEATRIZ MÉNDEZ ESTEBAN

1 Introducción

El dolor abdominal agudo es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de urgencias. Este síntoma puede ser la manifestación de un amplio abanico de entidades de distinta gravedad y tratamiento, siendo una de las causas, aunque infrecuente y poco conocida, el infarto omental.

El lado derecho suele ser el más frecuentemente afectado debido a la mayor movilidad del mismo con secundario aumento de riesgo de torsión y compromiso vascular. El infarto omental puede clasificarse en primario o idiopático, si no se identifica anomalía subyacente, o secundario, en el caso de que aparezca en relación con otros procesos intra o extra-abdominales, como puede ser una cirugía abdominal reciente. La obesidad y las malformaciones del omento constituyen los factores predisponentes más frecuentes.

Clínicamente suele presentarse como dolor abdominal de inicio súbito e intensidad creciente de forma progresiva, más habitual en dicha región.

Los signos y síntomas, así como los resultados de los estudios de laboratorio son inespecíficos, compartidos por distintas patologías de manera que pueden llegar a simular un cuadro de abdomen agudo, aunque, por lo general, no precisan tratamiento quirúrgico. Como consecuencia, las pruebas de imagen se convierten en esta patología en una herramienta diagnóstica fundamental, cuya mejora en los últimos años ha permitido reducir el infradiagnóstico de la misma.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Realizar una revisión, a través de un caso clínico, de las características y manejo del infarto omental.

Objetivo secundario:

- Dar a conocer esta entidad con el fin de incluirla en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo.

3 Caso clínico

Se analiza el caso de un varón de 69 años, ex-fumador desde hace 20 años, y con los antecedentes clínicos de obesidad, hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular, lesiones residuales por tuberculosis en la infancia, asma bronquial con mal control, diplopía de aparición ictal a los 60 años recuperada y divértículos.

Acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal en hemiabdomen izquierdo, continuo y sin irradiación de tres días de evolución. Asocia estreñimiento pertinaz de la misma duración. Niega fiebre, náuseas o vómitos, clínica urinaria u otra clínica acompañante. Niega episodios previos de características similares.

En la evaluación del triaje se constata temperatura de 36,5 °C, frecuencia cardíaca de 81 latidos por minuto, tensión arterial 146/93 y saturación de oxígeno 97% basal. Durante la exploración física el paciente se encuentra consciente, orientado, colaborador, y con aceptable estado general. La auscultación cardiopulmonar es arrítmica, sin soplos ni extratonos, con murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. El abdomen es blando, globuloso, con dolor a la palpación en flanco izquierdo donde se objetiva un aumento de consistencia y matidez a la percusión. No se palpan megalias. No presenta signos de irritación peritoneal y los ruidos hidroaéreos están discretamente disminuidos. La puño-percusión renal es negativa de forma bilateral. El resto de la exploración física resulta anodina.

Se solicitan en el Servicio de Urgencias las siguientes pruebas complementarias:

- Electrocardiograma: fibrilación auricular a 73 latidos por minuto con una extrasístole ventricular.
- Analítica sanguínea: creatinina 1 mg/dL, iones en rango, pruebas de función hepática sin alteraciones. Proteína C reactiva 12,4 mg/dL. Hemograma sin alteraciones paramétricas significativas.

- Radiografía de tórax: índice cardio torácico en rango de normalidad. No pinzamiento de senos costofrénicos. No derrame pericárdico.
- Radiografía de abdomen incluyendo proyección en bipedestación y en decúbito lateral izquierdo: correcta distribución del luminograma aéreo con gran cantidad de heces en marco cólico.
- Tomografía Axial Computarizada o TAC abdominopélvico con contraste intravenoso en fase portal urgente: en el flanco izquierdo, adyacente a la pared abdominal, se identifica un área bien circunscrita con un halo periférico hiperdenso, desflecamiento graso y una pequeña zona central más densa. Estos hallazgos son compatibles con un infarto omental. Además, se objetivan divertículos aislados en colon descendente sin signos de diverticulitis aguda.

Durante su estancia en el Servicio de Urgencias se inicia tratamiento antiinflamatorio con mejoría parcial sintomática. Además, se le pauta un enema que resulta efectivo. Se realiza interconsulta al equipo de guardia de Cirugía General, que ante la mejoría clínica del paciente y dada la ausencia de signos de alarma, acuerda con la misma alta domiciliaria con tratamiento analgésico y antiinflamatorio y revisión en consultas externas.

4 Discusión-Conclusión

El infarto omental es una causa poco frecuente de dolor abdominal agudo. Se trata de una entidad autolimitada y benigna, más frecuente en varones de entre 30-50 años. La escasa incidencia y el desconocimiento de esta patología motivan una baja sospecha clínica, tendiendo al infradiagnóstico o confundiéndose con patologías más frecuentes.

El omento, o epiplón, es un pliegue bilaminar del peritoneo que se extiende desde el estómago, desciende anterior al intestino delgado y asciende de nuevo hasta el colon transversal. El lado derecho del omento es el más frecuentemente afectado debido a que es móvil y presenta una vascularización larga y tortuosa que actúa como eje de torsión produciéndose obstrucción venosa, edema, compresión y, en último lugar, infarto de la zona afectada. El infarto omental puede clasificarse en primario, si no se identifica una anomalía predisponente, o secundario a cirugía abdominal reciente u a otra patología intraabdominal presente.

Según la clasificación propuesta por Leitner, puede ser primario (idiopático) o secundario. En el caso del primario el principal factor de riesgo es la obesidad. Otros factores de riesgo son traumatismos, el aumento de presión por tos o ejercicio extenuante o traumatismo local, entre otros. El infarto omental secundario suele ocurrir tras cirugía abdominal reciente, pero también se ha relacionado con

la presencia de tumores abdominales, hernias o quistes a dicho nivel, estados de hipercoagulabilidad, e incluso asociado a cardiopatía que suponga disfunción ventricular y bajo gasto cardiaco.

El cuadro se suele presentar como un dolor abdominal de aparición brusca que aumenta progresivamente en intensidad, de localización generalmente en hemiabdomen derecho. Hasta en la mitad de los casos pueden asociarse síntomas como fiebre, náuseas o vómitos.

Los hallazgos analíticos son inespecíficos, aunque se puede objetivar una leve elevación del recuento leucocitario con elevación de reactantes de fase aguda.

Si bien puede simular un cuadro de abdomen agudo, no suele tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de otras patologías más frecuentes como apendicitis, colecistitis, diverticulitis aguda, apendagitis epiploica, adenitis mesentérica y patología ginecológica.

El diagnóstico del infarto omental es preciso realizarlo a través de pruebas de imagen, ya que, por lo general, pese a presentarse como un abdomen quirúrgico, el tratamiento de elección es conservador.

Los hallazgos ecográficos suelen ser inespecíficos, por lo que la TAC constituye la prueba diagnóstica de elección.

En cuanto al tratamiento de esta patología, prima el abordaje conservador. Si el paciente se encuentra estable, el diagnóstico es claro y no hay presencia de complicaciones, se inicia tratamiento analgésico y antiinflamatorio oral o intravenoso, junto con fluidoterapia y, en algunos casos, profilaxis antibiótica, pudiendo continuarse el manejo en domicilio con seguimiento clínico y radiológico posterior. Por el contrario, cuando la evolución del paciente no es favorable, fundamentalmente en las primeras 48 horas, o existen dudas diagnósticas se precisará laparoscopia diagnóstico-terapéutica con resección del omento afecto.

En conclusión, el infarto omental, a pesar de ser una patología de baja frecuencia, debería ser considerado en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo. Alcanzar el diagnóstico de certeza es indispensable para establecer el tratamiento adecuado, siendo posible el manejo conservador en la mayoría de los casos.

5 Bibliografía

1. Armas AL, Pradillos JM, Rivera LL, Perri LE, García M, Rodríguez P, Méndez R, Estévez E, Bautista A. Tratamiento conservador del infarto omental. *Cir Pediatr.* 2014; 27:149-152.
2. Fernández-Rey C. L. Primary omental infarction as cause of non-surgical acute abdomen: imaging diagnose. *Rev. esp. enferm. dig.* [Internet]. 2010 Ago

[citado 2023 Oct 16]; 102(8):498-499. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000800007&lng=es.

3. Porras E, Barasoain A, Ríos V, Botija GM, Solé C. Infarto omental, causa poco común de dolor abdominal. *Andes pediater*. [Internet]. 2022 Jun [Consultado 2023 Oct 13]; 93(3):434-439. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532022000300434&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v93i3.3830>.

4. Sánchez J, Becerra JM, Reyes R, Rodríguez B, Navarro JC. Causa de abdomen agudo no quirúrgico: infarto omental. *Semergen*. 2017; 43: 534-6.

5. Sánchez PA, López V, Febrero B, Ramírez P, Parrilla P. Infarto omental: ¿manejo quirúrgico o conservador? *Cir Esp*. 2015; 93: 473-81.

Capítulo 6

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL COMA DIABÉTICO

ANA GARCIA LUCAS

MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO

LORENA GOMEZ ESCOBAR

CRISTINA MEDINA MAROTO

LAURA VELÁZQUEZ RUIZ

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica caracterizada por unos niveles elevados de glucosa (hiperglucemia) en sangre y que afecta al metabolismo de los hidratos de carbono. Esta glucosa deriva de los alimentos que ingerimos.

Antes de hablar sobre la diabetes, conviene explicar una hormona que tiene especial importancia en este proceso: la insulina; Es una hormona de origen pancreático (islotes de Langerhans), que regula la glucosa que circula por el torrente sanguíneo gracias a que la introduce en el interior de las células, donde será transformada en energía para que los tejidos de nuestro organismo puedan realizar sus funciones correspondientes.

El problema que encontramos en la diabetes puede deberse a tres factores:

- ☒ El páncreas no produce insulina.
- ☒ La produce en cantidades inferiores a las necesarias.
- ☒ No sabe cómo utilizarla.

En nuestros días hay casi un 14% de personas que presentan esta patología, pero un 6% lo desconoce, aumentando el riesgo que supone para órganos como el corazón o el riñón la administración de alimentos ricos en glucosa cuando tenemos diabetes.

El coma diabético es una complicación de aquellos pacientes que sufren Diabetes Mellitus, las personas que lo padecen, caerán en un estado de inconsciencia y no podrán responder a ningún tipo de estímulo. Sus signos y síntomas varían según el tipo de coma que haya sufrido el paciente.

En Europa y EEUU, por cada 100 diabéticos se producen 1-5 episodios de coma. La mortalidad es de 5-10% y en algunos centros hospitalarios hasta el 19%.

La etiología del coma diabético:

☒ Ingesta excesiva de alcohol.

☒ Consumo de drogas (cocaína y éxtasis): aumentan el riesgo de hiperglucemia en sangre y afecciones relacionadas con un coma diabético.

☒ Actividad física exagerada.

.

☒ Traumatismos, intervenciones quirúrgicas: ya que eleva el nivel de glucosa en sangre.

☒ Prescripción inadecuada de insulina por parte del especialista.

☒ Abandono de la medicación o incumplimiento por parte del paciente.

☒ Medicamentos que afectan a la eficacia de la insulina: como las tiazidas o furosemida (inhiben la liberación de insulina); glucocorticoides y anticonceptivos orales (aumentan la gluconeogénesis).

☒ Infecciones (ap.urinario, respiratorio, digestivo...etc)

☒ Otra enfermedad: como por ejemplo la insuficiencia cardiaca o renal.

☒ Dificultades con el suministro de insulina: como por ejemplo, al utilizar una bomba de insulina, debido a que si la bomba falla, bien por que se salga de su lugar o por que el catéter se doble, puede generar una cetoacidosis diabética por la falta de administración de insulina.

☒ Alteración de la sed o acceso limitado a agua como en pacientes encamados o con demencia.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de diabetes.
- Conocer la etiología, tipos y diagnóstico del coma diabético.
- Estudiar signos y síntomas del coma diabético.
- Estudiar como prevenir el coma 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

Tras consultar diferentes bases de datos podemos diferenciar diferentes tipos de coma diabético:

* Cetoacidosis Diabética:

Causado cuando el organismo descompone la grasa a gran velocidad dando lugar a cetonas (en sangre u orina) que pueden ser tóxicas volviendo la sangre ácida; además está acompañada de altos niveles de glucosa en sangre, debido a que hay una disminución relativa o absoluta de insulina. También existe un desequilibrio hidroelectrolítico, habiendo una pérdida de: Na, K, Cl, Mg y P.

Es más frecuente en diabéticos Tipo I, pero también puede afectar a diabéticos de Tipo II o a diabetes gestacional.

* Síntomas:

- Poliuria.
- Polidipsia.
- Polipnea (pudiendo evolucionar a la Respiración de Kussmaul)
- Olor del aliento a frutas (en concreto, manzanas)
- Disminución del estado de conciencia.
- Astenia.
- Adinamia.
- Dolor de cabeza.
- Náuseas y vómitos.
- Resequedad en boca y piel.

- Enrojecimiento de la cara.
- Dolores o rigidez muscular.

* Síndrome Diabético Hiperosmolar Hiperglucémico:

Causado cuando el nivel de glucosa en sangre supera los 600 mg/dL o 33.3 mmol/L e incluso tener valores superiores a los anteriores, ocasionando que la sangre se vuelva espesa y azucarada. 4 Dicha afectación suele ocurrirle a pacientes con Diabetes de Tipo II de la tercera edad, debido a un mal control de la enfermedad.

En este tipo de coma, debemos destacar que no hay una aparición de cetonas en el organismo como en el caso anterior, sino que aparte del elevado nivel de glucosa, se origina una deshidratación por parte del paciente y en muchos casos, sufre un estado de disminución de la consciencia o del estado de alerta.

Esto es así porque el organismo al tener elevada la glucosa en sangre, debe de compensar este aumento, por lo tanto, los riñones actúan eliminando dicho exceso por la orina causando así una pérdida de agua, pudiéndose agravar dicha situación si el paciente no se hidrata lo suficiente.

Si el paciente se deshidrata mucho, puede llegar un momento en que los riñones no serán capaces de compensar ese desequilibrio a través de la orina, por lo que se seguirán aumentando los niveles de glucosa. Además, la pérdida de agua provoca que la sangre esté más concentrada (hiperosmolaridad), teniendo una concentración alta en:

- Sal (Na)
- Glucosa.

Causando la pérdida de agua de otras zonas del cuerpo para equilibrar ese desequilibrio osmótico.

* Síntomas:

- Deshidratación (piel y mucosas)
- Convulsiones.
- Náuseas.
- Confusión.
- Fiebre.
- Astenia.
- Problemas con el movimiento.
- Pérdida de la sensibilidad o actividad muscular.
- Deterioro del habla.
- Coma.

Si no se trata, se puede llegar a un estado de shock, la formación de coágulos e incluso un edema cerebral.

Es muy importante saber determinar que lo que sufres es un coma diabético para poder actuar de urgencia. El personal realizará una exploración física para poder determinar la presencia de síntomas característicos. También será recomendable conocer de parte de las personas que le acompañen si presenta algún antecedente importante, aunque bien sabemos que el más destacado lógicamente es la diabetes. En este supuesto sería importante que el paciente lleve algo que lo identifique y sobre todo cuando es recurrente. El diagnóstico del coma diabético se hace a través de el análisis de sangre para estudiar:

- La glucemia en sangre.

- Los niveles de cetonas en orina porque su presencia puede indicar que no está recibiendo suficiente insulina.

- La cantidad de nitrógeno o creatinina en la sangre.

- La cantidad de potasio, fosfato y sodio en la sangre.

Además del análisis de sangre será necesario:

- Anamnesis.

Se recoge en la historia clínica los siguientes datos: velocidad de instauración de la alteración del nivel de conciencia, manifestaciones iniciales, lugar y circunstancias en las que estaba el paciente, traumatismos, ingesta de tóxicos o fármacos, patologías sistémicas...

- Exploración Neurológica.

El nivel de conciencia se pueden valorar con la escala de Glasgow y/o la FOUR SCORE.

La escala de Glasgow es la más utilizada, pero la de FOUR SCORE es más útil en pacientes que están sedados y ventilados, ya que esta escala nos aporta datos como reconocer signos de aumento de presión intracraneal, herniación del uncus y patrones respiratorios que indican la necesidad de soporte ventilatorio y una disminución del nivel de conciencia.

El paciente con cetoacidosis diabética presenta los siguientes signos y síntomas:

- Disminución del nivel de conciencia.

- Debilidad y fatiga.

- Dolor espontáneo a la hora de palpar el abdomen.

- Náuseas y vómitos.

- Signos de deshidratación: piel caliente, seca y laxa con menor turgencia.

- Hipotensión.

- Taquicardia y pulso casi imperceptible.

- Oliguria.

- Aliento a acetona (dulzón).

- Respiraciones de Kussmaul.

- Poliuria y polidipsia.
- Fiebre.
- Antecedentes de diabetes (sobre todo tipo I).
- Se observa en la analítica que tanto la glucemia como la cetonemia están aumentadas.

El paciente presenta menor volumen circulatorio, ya que es consecuencia de la glucosuria, diuresis osmótica e hiperglucemia. Para estabilizar el volumen circulatorio se restaurará el volumen de líquido y se disminuirá la hiperglucemia. Además de líquido, el paciente también pierde electrolitos, por lo que hay que administrarle una solución salina para reponerlos.

En caso de que el paciente presente una deshidratación intensa y signos de shock hipovolémico habrá que administrarle expansores volumétricos como plasma, albúmina o coloides además de la solución salina.

Si el paciente no orina después de haberle administrado 500 ml de solución endovenosa porque esté comatoso, se le colocará un sondaje vesical. Se realizará un balance hídrico exhaustivo.

Cuando se comience con la reposición hídrica habrá que administrar insulina de acción rápida al paciente para compensar la hiperglucemia y revertir la descompensación metabólica.

Se administrará por vía endovenosa o intramuscular, ya que debido a la hipotensión que presenta el paciente, el riego subcutáneo será insuficiente para la absorción.

Cada 30 minutos habrá que medir y controlar las constantes vitales del paciente, así como la presión venosa central, para valorar el estado de hipovolemia e hipotensión.

Se realizarán analíticas cada hora para controlar los valores de glucemia, acetona, suero, electrolitos y estudios de gases, para ver la evolución con el tratamiento de insulina.

Hay que valorar frecuentemente el estado psíquico y físico del paciente: nivel de conciencia y signos de infección. También hay que obtener muestras de orina frecuentemente para ver sus características y determinar si existe infección en las vías urinarias. Si el paciente presenta una diuresis inferior a 30 ml/h tras la administración de líquidos, denota una nefropatía, por lo que habrá que reajustar la administración de insulina y de líquidos. Hay que explorar las vías respiratorias del paciente en busca de posibles infecciones. Se auscultarán los pulmones y se buscarán ruidos como Roncus (característico en neumonías) o sibilancias (característico en bronquitis).

También habrá que palpar el abdomen del paciente en busca de posibles signos de

infección. Si existe dolor a la palpación o cierta distensión, puede que el paciente presente pancreatitis, apendicitis o colecistitis. Todas ellas suelen desencadenar cetoacidosis diabética. Además, es posible que se palpe hepatomegalia, característica en pacientes que durante un largo periodo de tiempo no han controlado su diabetes.

Hay que valorar las extremidades del paciente en busca de signos de infección, ya que los diabéticos, debido a la isquemia que suelen presentar en los miembros, es frecuente que aparezcan abscesos y úlceras en piernas y pies.

Durante la valoración, habrá que observar si existen signos de mejoría en el equilibrio hídrico. El paciente presentará:

- Mayor diuresis.
- Incremento en la presión venosa central.
- Restauración de la turgencia de la piel.
- Mejoría del estado psíquico y del estado de alerta.

También habrá que valorar signos de sobrecarga hídrica y posible edema pulmonar:

- Incremento de la presión venosa central.
- Distensión de las venas yugulares.
- Espujo espumoso.
- Estertores.

Si aparecen estos signos habrá que disminuir el ritmo de goteo endovenoso.

Si al cabo de dos horas los niveles de glucemia no disminuyen, habrá que aumentar la dosis de insulina. 1

Si el paciente presenta un estado clínico deteriorado y el pH es bajo, habrá que administrar bicarbonato, expansores de plasma e insulina adicional.

En la mayoría de los pacientes que presentan esta patología, la insulina y la reposición de líquidos corregirán la cetoacidosis.

Cuando se administre bicarbonato sódico habrá que revisar los gases arteriales para saber si la dosis fue la correcta y habrá que controlar el monitor en busca de posibles disritmias.

En la mayoría de los pacientes cetoacidóticos habrá que administrar potasio, ya que se pierde gran cantidad de éste por la orina. Se suelen administrar unos 10-20 mEq/h.

Si el paciente presenta infección habrá que administrar antibióticos específicos. Se recomienda la administración de heparina en casos de pacientes comatosos, en pacientes ancianos o pacientes con disminución volumétrica grave, para evitar así la trombosis venosa, que es consecuencia de la deshidratación que provoca la cetoacidosis diabética.

Si la dosis de insulina administrada ha sido la adecuada, la glucemia disminuirá en horas. Cuando se encuentre entre 250-300 mg/100 ml, la dosis de insulina se disminuirá a 1-2 unidades/hora para conservar la glucemia en 150-250 mg/100 ml. Se suele cambiar la solución endovenosa a solución glucosada al 5% a un ritmo de 100 ml/h; para evitar la hipoglucemia por rebote que se suele provocar al administrar grandes cantidades de insulina de acción rápida; y así se reducirá la producción de cuerpos cetónicos.

Cuando el paciente presente un estado de alerta mayor y se haya estabilizado la glucemia y la acidosis, se le retirará la sonda nasogástrica y se le facilitará una dieta apropiada. También se cambiará el goteo de insulina por la administración subcutánea y la insulina pasará a ser de acción intermedia. Se extraerán los catéteres endovenosos y arteriales.

Por último, se comenzará con la educación sanitaria del paciente para evitar posibles cetoacidosis.

La manera de prevenir el coma diabético es mediante el control de la glucosa en sangre, que se realiza mediante un pequeño pinchazo en el dedo.

Otras situaciones que pueden alterar los niveles de glucosa en sangre son una infección, una cirugía u otra enfermedad.

Tenemos que evitar el alcohol o beberlo con cautela y evitar las drogas, sobre todo la cocaína o el éxtasis que pueden dar lugar a hiperglucemia.

Nos pasa lo mismo con ejercicios intensos que no estamos acostumbrados y pueden ocasionar cambios bruscos de glucemia y llevar al coma diabético como señala la Asociación Americana de Diabetes, cuya misión es prevenir y curar la diabetes y mejorar la vida de todas las personas afectadas por la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

El coma diabético es una grave complicación dada en personas que padecen de Diabetes Mellitus, que como su nombre indica, se encontrarán inconscientes, complicación a la cual se puede llegar por diversas razones. Podemos encontrar dos tipos: la cetoacidosis diabética, la cual se caracteriza por la aparición de cetonas debido a la rápida descomposición de la grasa, con el consiguiente aumento de glucosa y de un desequilibrio hidroelectrolítico; y el síndrome diabético hiperosmolar hiperglucémico, determinado por el elevado nivel de glucosa en sangre, superando los 600 mg/dL, originando una deshidratación para poder eliminar ese exceso de glucosa.

Será de vital importancia reconocer el coma diabético para poder actuar con eficacia. Una vez ingresado en el hospital, se procederá a hacer un análisis de labora-

torio, seguido del correspondiente examen y exploración del paciente comatoso, teniendo en cuenta la anamnesis, una exploración neurológica, los patrones respiratorios, movimientos oculares, pupilas, respuestas motoras y pruebas complementarias, las cuales nos ayudarán a diagnosticar y estudiar la patología.

Durante el tratamiento, dependiendo de la causa, se intentará reponer líquidos, regular la glucosa por medio de dosis bajas de insulina rápida, regular el potasio si el potasio plasmático es menor a 6 mEq/L, elevar el pH al ser ácido y, una vez el nivel de glucemia esté por debajo de 250 mg/dL, habremos entrado en la fase de recuperación, administrando suero glucosado al 5%, teniendo en cuenta también las numerosas medidas generales y específicas de los cuidados de enfermería.

Antes de llegar a estos extremos, lo mejor y más eficaz será prevenirlo, controlando el nivel de glucosa o evitando situaciones y sustancias que puedan alterar los niveles de glucosa.

6 Bibliografía

- 1.Diabetes F. Tipos de diabetes [Internet]. Fundaciondiabetes.org. 2019 <https://www.fundaciondiabetes.org/infantil/177/tipos-de-diabetes-ninos>
- 2.Mayo Foundation for Medical Education and Research c1998-2019 [updated 2019 Jan 15; <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/diabetic-coma/symptoms-causes/syc-20371475>
- 3.Mollinedo Patzi Marcela Andrea, Huayta Prado Jose Manuel. COMA DIABETICO. Rev. Act. Clin. Med [revista en la Internet]. http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000900010&script=sci_arttext
- 4.MedlinePlus. [<https://medlineplus.gov/spanish/>]
EE.UU: Brent Wisse; c2018 [updated 2018 Jan 01; <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000320.htm>
- 5.MedlinePlus. [<https://medlineplus.gov/spanish/>]
EE.UU: Brent Wisse; c2018 [updated 2018 Feb 22; <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000304.htm>
- 6.Coma diabético - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic [Internet]. Mayoclinic.org. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/diabetic-coma/diagnosis-treatment/drc-20371479>
- 7-Prueba de cetonas en la orina: Información en MedlinePlus sobre pruebas de laboratorio [Internet]. Medlineplus.gov. 2019 . Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-cetonas-en-la-orina/>

- 8.Examen de nitrógeno ureico en sangre (NUS): Información en MedlinePlus sobre pruebas de laboratorio [Internet]. Medlineplus.gov. 2019 <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/examen-de-nitrogeno-ureico-en-sangre-nus/>
- 9.<http://www.librodopeto.com/10-enfermedades-neurologicas/104-valoracion-del-paciente-en-coma/>

Capítulo 7

MANEJO DE UNA INTOXICACIÓN AGUDA

LORENA GOMEZ ESCOBAR

ANA GARCIA LUCAS

MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO

CRISTINA MEDINA MAROTO

LAURA VELÁZQUEZ RUIZ

1 Introducción

La intoxicación es el conjunto de signos y síntomas que se producen en el organismo como resultado del paso de una sustancia del exterior al mismo, en una cantidad suficiente como para desencadenar un daño. Cualquier tipo de sustancia puede ser dañina en función de la dosis; mientras que algunas son casi inocuas cuando se administran en grandes cantidades, otras pueden ser muy tóxicas en pequeñas dosis, llegando a desencadenar intoxicaciones graves.

Las intoxicaciones agudas son, por excelencia, una de las principales causas de atención en los servicios de urgencias en España, con alrededor de 120.000 casos al año.

Además de llevar a cabo las medidas de soporte vital como cualquier otro tipo de urgencia, el tratamiento para la intoxicación aguda se basa en la tríada formada por la reducción de la absorción del tóxico, el aumento de su eliminación

y el bloqueo de su acción en los órganos diana mediante la administración de antídoto.

Un 80% de las intoxicaciones agudas presentan una gravedad leve-moderada y son dados de alta en las siguientes horas. En cambio, en otras ocasiones, aparecen casos con una mayor gravedad, llegando a fallecer el paciente bien por el efecto del tóxico o por complicaciones de la intoxicación.

La Fundación Española de Toxicología Clínica (FETOC) desarrolló el Programa Español de Toxicovigilancia en 1998, desde el cual se han creado informes anuales acerca de la incidencia de intoxicaciones en los casos en los que se usen productos químicos (35.7%), en los servicios de urgencias (0.83%) y en las unidades de cuidados intensivos (el 71.5% requirieron intubación endotraqueal con ventilación asistida).

2 Objetivos

- Identificar la situación de intoxicación aguda en el servicio de urgencias.
- Evaluar el impacto y proponer recomendaciones para evitar este tipo de intoxicaciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las intoxicaciones agudas producidas por psicofármacos son las más frecuentes de los servicios de urgencias, con predominio en el sexo femenino y con edades entre 15 y 24 años.

El tratamiento en las intoxicaciones depende del tóxico con el que nos encontremos.

1. Intoxicación por alcohol

Entre los síntomas que aparecen tras su administración, nos encontramos con

sensación de bienestar, disminución del tiempo de reacción... A partir de 400-500 mg/dl se puede producir coma, depresión bulbar y muerte.

El tratamiento es sintomático y debe ser acorde al nivel de conciencia y al tiempo que haya transcurrido desde la ingesta. Los pasos serán:

- Realizar control de constantes vitales, vía aérea y nivel de conciencia.
- Situar al paciente en una habitación tranquila, evitar autolesiones.
- Explicarle que los efectos del alcohol no desaparecen con el café o duchas frías, sino una vez haya pasado el tiempo mínimo de metabolización.
- Se encontrará en dieta absoluta mientras permanezca una alteración del nivel de conciencia.
- Prevenir hipotermia.
- En caso de coma, valorar intubación endotraqueal.
- Canalización de una vía venosa periférica y administración de suero glucosado al 5%
- Administrar vitamina B1 (tiamina) en dosis de 100mg/24h intramuscular (IM) como profilaxis del síndrome de Wernicke.
- Si existe agitación psicomotriz, tiaprida 100mg/6h vía oral o 100mg/12h intravenosa (IV).
- Si el paciente presenta vómitos, administrar metoclopramida 10mg/8h IV.
- En caso de hipoglucemia, administrar 10g de glucosa IV.
- En los casos en los que el paciente presente acidosis metabólica, administrar bicarbonato sódico si el pH < 7.20.

2.Intoxicación por cocaína

La cocaína se puede adulterar con diversas sustancias, como azúcares y anestésicos locales, variando la pureza desde el 10% al 95%.

Puede administrarse por vía intranasal, intravenosa o inhalada.

Los efectos tras su administración son simpaticomiméticos: euforia, midriasis, crisis convulsivas, hemorragia cerebral...

Cuando se combina con alcohol, el efecto tóxico es más potente.

El tratamiento se basa en:

- Control de constantes vitales.
- Canalización de vía venosa periférica.
- Control de tensión arterial y diuresis.
- La agitación se tratará con benzodiacepinas.
- En los casos de crisis convulsivas, el tratamiento de elección es el midazolam 0.1mg/kg. Otras opciones serían el valproato, diazepam o difenilhiantoína.
- La hipertensión responde tras la administración de las benzodiacepinas. En hipertensiones graves se usa labetalol, en dosis de 20mg cada 5min.

- Cuando la cocaína se administra por vía digestiva, puede realizarse lavado gástrico y administración de carbón activado. Después, realizar irrigación intestinal con solución evacuable.

3. Intoxicación por opiáceos y derivados.

La intoxicación por opiáceos es la causa más frecuente de asistencia en los servicios de urgencias en pacientes drogodependientes.

Se absorben rápidamente por todas las vías, excepto la piel.

Los síntomas más frecuentes son depresión del SNC, miosis e hipoventilación.

El tratamiento consiste en:

- Administrar O₂ a través de mascarilla venturi al 50%, o a través de mascarilla con reservorio.
- Canalización de vía venosa periférica.
- Si el opiáceo es ingerido, se realizará lavado orogástrico.
- En intoxicación oral, se administrará carbón activado después de la naloxona.
- Si se han introducido a través de la vagina o recto, se retirarán de forma directa. Se realizará irrigación del intestino.
- El tratamiento específico en estas intoxicaciones consiste en la administración del antídoto, la naloxona IV. Si no existe depresión respiratoria, se administrarán 0.01mg/kg. Si, por el contrario, la hubiese, se inicia a dosis de 0.03mg/kg.

4. Intoxicación por anfetaminas y drogas de diseño.

Los efectos son simpaticomiméticos, pero el paciente acude a urgencias por los trastornos psiquiátricos generados (miedo, ansiedad, inquietud...).

Otros síntomas son vómitos, hiperactividad, palpitaciones, bruxismo...

El tratamiento será:

- No inducir el vómito.
- Administrar carbón activo si el paciente está alerta y han pasado menos de 2h tras su ingesta.
- En casos de hipertermia, tratar con medidas físicas.
- Si presenta cifras de tensión elevadas, puede administrarse nitroprusiato sódico.
- Si el paciente tiene crisis convulsivas, se administrará midazolam en dosis de 0.1mg/kg IV.
- La agitación también se trata con midazolam, en dosis de 0.2mg/kg IM o 0.1mg/kg IV.

5 Discusión-Conclusión

Tal y como ha quedado reflejado en la revisión, las intoxicaciones son una de las principales causas de atención en los servicios de urgencias hospitalarias o

extrahospitalarias.

Dentro de las diferentes intoxicaciones, tanto en las que se producen de forma accidental como las voluntarias, cabe destacar la importancia de un abordaje inmediato para la estabilización del paciente con el fin de evitar secuelas considerables en el organismo.

En este sentido, destaca el papel de la enfermería y una actualización de los principales cuidados que se deben aplicar cuando nos encontramos con este tipo de situaciones, destacando sobre todo la rapidez y la calidad.

También poner en conocimiento una serie de medidas correctoras que pueden ser necesarias en función del tipo de intoxicación, entre las que destacan el tratamiento psiquiátrico o servicios sociales.

6 Bibliografía

1. Morillo Vazquez A, Manejo de las intoxicaciones agudas en atención primaria, *Med fam Andal.* 2019; 2: 175-181.
2. Burillo Putze G, Munné Mas P, Dueñas Laita A., Intoxicaciones agudas: perfil epidemiológico y clínico, y análisis de las técnicas de descontaminación digestiva utilizadas en los servicios de urgencias españoles en el año 2006 –Estudio HISPATOX– [Internet], *Emergencias* 2008; 20: 15-26. [consultado el 1 de sept 2023].
3. Jordi P, Santiago N, Jose Luis E, Ana F, Antonio D, Mortalidad hospitalaria por intoxicación aguda en España (EXITOX 2012), *Emergencias* 2013; 25: 467-471.
4. Paula N, Angel P, Roberto C., Tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol y otras drogas en urgencias., *Terapéutica en APS, FMC.* 2016; 23(2): 97-102.

Capítulo 8

EPISTAXIS, TAPONAMIENTO ANTERIOR

ANA MARIA PEREZ INFANTE

1 Introducción

La epistaxis es la hemorragia por las fosas nasales se debe a una rotura de un vaso sanguíneo, bien sea espontanea o por un traumatismo.

Es la atención más común por parte de otorrinolaringología en urgencias, pero en rara ocasión ponen en riesgo la vida del paciente incluso es bastante habitual que dicho sangrado ceda de forma espontanea.

Dependiendo de la zona de origen se pueden clasificar en anteriores y posteriores. Siendo las primeras mas frecuentes y sobre las cuales vamos a basar este estudio. Tanto el diagnóstico como el tratamiento son diferentes en ambos casos por lo que es importante saber distinguir si es anterior o posterior.

En la epistaxis anterior la lesión se sitúa en la parte anterior de la fosa nasal, pudiendo ser derecha o izquierda, saliendo al exterior por las coanas. En rara ocasión ocurre de forma simultanea por ambos orificios nasales salvo en fuertes traumatismos. Es mas frecuente en niños y adolescentes debido a esfuerzos, traumatismos y por rascado.

El tratamiento debe ser progresivo comenzando por los cuidados menos agresivos como son la limpieza y la compresión con o sin vasoconstrictor dejando en último lugar el taponamiento nasal. Existen distintos tipos de dispositivos para realizar el taponamiento. Enfermería tiene que estar preparado para saber distinguir el tipo de epistaxis así como para saber identificar el material mas adecuado para controlar dicho sangrado.

2 Objetivos

El objetivo principal del taponamiento nasal anterior es controlar el sangrado de cualquier etiología siendo importante también disminuir la ansiedad del paciente en el servicio de urgencias.

3 Caso clínico

Cuando acude un paciente a urgencias con una epistaxis es importante sino se sabe la etiología del sangrado realizar una valoración inicial por si fuera secundario a otro diagnóstico principal.

Tras dicha valoración es importante realizar un diagnóstico diferencial entre epistaxis anterior y posterior. Generalmente se trata de un paciente joven con sangrado espontaneo por una fosa nasal.

Cuando ya se sabe que es un sangrado anterior se coloca al paciente sentado o semisentado en una camilla y se le explica el procedimiento a seguir siendo importante tranquilizar al paciente para que de esta forma el propio paciente colabore en los cuidados.

Se comienza por limpiar las fosas nasales y comprobar el punto de sangrado tras lo cual se realizará compresión sobre el punto sangrante con o sin un vasoconstrictor durante unos 10 o 15 minutos. Tras los cuales volvemos a valorar si la zona continúa sangrando. Si continúa sangrando y se ve el punto de sangrado se puede realizar una cauterización de la zona.

Siempre tras cualquier técnica se comprueba estado del paciente y punto de sangrado.

Si por último continúa la epistaxis es cuando se decide realizar un taponamiento nasal, siendo importante saber que tipo de taponamiento poner en cada caso.

-Se realizará un taponamiento con gasa orillada cuando no se vea el punto exacto del sangrado, dicha gasa se impregna con vaselina o antibiótico y se mantiene durante 24 o 48 horas. Se introduce con ayuda de unas pinzas de bayoneta largas dejando el cabo de la gasa fuera para su posterior extracción.

-Dispositivo comercial nasal pack que tras introducirlo en la fosa nasal se empapa con suero fisiológico para que se expanda y realice presión sobre el punto sangrante. Este tipo de dispositivo se mantiene también durante 24 -48 horas. Es más rápido de colocar por lo que en ocasiones se elige frente a la gasa orillada cuando se ve que el paciente no se mantiene tranquilo.

Es importante tras cualquier taponamiento dar pautas a seguir en los días posteriores, en muchas ocasiones si el sangrado es importante se suele acompañar de

tratamiento medico como puede ser antibiótico.

4 Discusión-Conclusión

La epistaxis es una causa muy frecuente dentro de las urgencias de otorrinolaringología. Generalmente no van acompañadas de ningún otro síntoma pero si que causan mucha ansiedad en el paciente e incluso en los acompañantes.

El 75% de estas epistaxis que llegan a urgencias son epistaxis anteriores y muchas de ellas ceden con los primeros cuidados sin necesidad de llegar a colocar un taponamiento anterior. Es importante que el personal de enfermería este capacitado para saber identificar el tipo de epistaxis así como saber colocar los distintos tipos de taponamiento si fueran necesarios.

Es muy importante calmar la ansiedad del paciente para que así pueda colaborar en todos sus cuidados. Se ha podido comprobar que disminuye de forma importante según se le va explicando los pasos que se van siguiendo y de que forma puede colaborar con el personal.

5 Bibliografía

Grupo de trabajo en Medicina de Urgencias. Santander; Manual de Urgencias para Enfermería, 410-412, Madrid, ediciones Arán, 1998
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/cuidados_enfermeria/epistaxis.pdf.
Revista electrónica de portales médicos .Actuación enfermería ante la epistaxis. Plan de cuidados.

Capítulo 9

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS.

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

ELENA MOROTE CUMPLIDO

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

M. PILAR NOVALBOS GOMEZ

1 Introducción

La oftalmología es la parte de la medicina que trata las enfermedades de los ojos, dentro de la cual podemos distinguir diferentes especialidades como son Retina, Superficie ocular, Uveítis, Glaucoma, Cirugía Refractiva, Oculoplástica, Neuroftalmología y Rehabilitación Visual y Estrabismo.

Una urgencia oftalmológica es aquella patología que afecta al ojo, en concreto al globo ocular, su musculatura interior y exterior, el sistema lagrimal y los párpados, y que requiere una atención inmediata. Debe de ser valoradas por un especialista junto a una enfermera, la cual deberá de conocer la anatomía del ojo, los signos y síntomas y las diferentes patologías para así poder actuar adecuadamente frente a esta situación. Las patologías más comunes en el servicio de urgencias son traumatismo ocular (golpes en el ojo), quemaduras producidas

por agentes químicos, pérdida de visión, ojo rojo y visión doble, las cuales representan una gran carga asistencial dentro del ámbito de urgencias, representando el 5,6% de todas las urgencias atendidas.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la función de enfermería en las urgencias oftalmológicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se procedió a la realización de búsquedas bibliográficas en diferentes bases de datos: PubMed (permite el acceso a MEDLINE), EMBASE, CINAHL (base bibliográfica de enfermería) y otras fuentes de información seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras clave utilizadas: "Oftalmología", "Urgencias oftalmológicas", "Patologías oftalmológicas", "Cuidados de enfermería ojos" "Anatomía básica del ojo"

4 Resultados

La enfermera de triaje en urgencias será la encargada de realizar la anamnesis, la cual incluye la localización, velocidad de inicio y duración de los síntomas actuales y los antecedentes de síntomas oculares previos; la presencia y la naturaleza del dolor, secreción o enrojecimiento y cambios en la agudeza visual, para así poder avisar al servicio de oftalmología. Después, el oftalmólogo realizará nuevamente una anamnesis más completa y la enfermera junto al oftalmólogo, realizará las pruebas pertinentes. Dentro de ellas podrían realizar una agudeza visual, exploración de los párpados y conjuntiva, exploración de la córnea, exploración pupilar, músculos extraoculares, oftalmoscopia, examen en lámpara de hendidura, exploración del campo visual y estudio de la visión cromática. Dependiendo del tipo de patología, también podría requerir un estudio complementario como sería tonometría, angiografía, tomografía de coherencia óptica, electrorretinografía, ecografía, TC y RM.

Tras un estudio completo, el paciente estará diagnosticado por el oftalmólogo y la enfermera realizará sus funciones, siendo las más comunes en urgencias:

- Retirada de lentes oculares.

- Recomendar al paciente que evite el frotamiento ocular, así como el uso de lágrima artificial y gafas de sol para aliviar los síntomas.
- Lavados oculares con suero fisiológico o agua para eliminar cuerpos extraños.
- Administración de colirios y pomadas según prescripción médica.
- Oclusión ocular, si es necesario.
- Recomendar al paciente lavarse bien las manos antes y después de aplicar los colirios y si hay infección, utilizar pañuelos desechables.
- Recomendar usar las medidas de protección adecuadas en su puesto de trabajo.
- Aplicar frío si fuese necesario.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, la figura de la enfermera es cada vez más autónoma y está capacitada y especializada para poder tomar sus propias decisiones, desarrollando su trabajo de una manera más efectiva y eficiente. Por todo ello, en este capítulo se ha visto cómo debe actuar la enfermera en las situaciones de urgencias oftalmológicas más comunes.

6 Bibliografía

1. Vanesa Díaz Rodríguez. Manual de urgencias oftalmológicas para enfermería. En: Verónica Gonzalez Velasco. Valladolid; 2016/17. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/25313/TFM-H332.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. María Magdalena Alvarenga Benítez. Raquel Sánchez Villalba. Myriam Pallas Caudevilla. Amelia Aguaron Langarita. Sandra Santander Jorge. El profesional de enfermería en las urgencias oftalmológicas. RSI [Internet]. 2022 [Consultado 24 Sep 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-profesional-de-enfermeria-en-las-urgencias-oftalmologicas/>
3. Cuidados de enfermería en urgencias oftalmológicas. Verónica Molina Sánchez. Patricia Arroyo Cholbi. Naima Mohamed Mimon. Ocronos [Internet]. Vol. IV. Nº 10–Octubre 2021 [Consultado 24 Sep 2023]. Pág. Inicial: Vol. IV; nº10: 126. Disponible en: <https://revistamedica.com/enfermeria-urgencias-oftalmologicas/amp/>
4. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Urgencias oftalmológicas [Internet]. Madrid. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/profesionales/urgencias-oftalmologicas>

5. Silvana Belotto. Anatomía del ojo: estructuras, características y medidas [Internet]. 01 Jun 2023 [Consultado 24 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.barraquer.com/noticias/anatomia-ojo-estructuras-caracteristicas-medidas>
6. Christopher J. Brady. MD [Internet]. Wilmer Eye Institute, Retina Division, Johns Hopkins University School of Medicine[Revisado/Modificado may. 2021;Consultado 24 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-oft%C3%A1lmos/s%C3%ADntomas-de-los-problemas-oft%C3%A1lmos/p%C3%A9rdida-aguda-de-la-visi%C3%B3n>

Capítulo 10

ACTUACIÓN EN INTOXICACIONES

LAURA VELÁZQUEZ RUIZ

ANA GARCIA LUCAS

MARÍA DOLORES VALENZUELA GARRIDO

LORENA GOMEZ ESCOBAR

CRISTINA MEDINA MAROTO

1 Introducción

La intoxicación es el proceso por el que un tóxico ocasiona efectos nocivos en la persona, estos efectos van a depender de la dosis.

La forma de actuar en una intoxicación primero requerirá valorar el estado del paciente, se usa el sistema ALEC, es decir A: Alerta, L: letárgico, E: Estuporoso, y C: Comatoso. Se debe poner en marcha medidas para mantener al paciente consciente y con buenos signos vitales, para ello se debe usar el sistema ABC, comprobar permeabilidad de las vías, ver si respira correctamente, mantenimiento de la tensión arterial y frecuencia cardiaca, así como vigilar el nivel de consciencia mediante la escala Glasgow.

Si se tratase de una intoxicación medicamentosa, hay que tener en cuenta las fases por las que pasa el fármaco una vez en el organismo, estas son las siguientes: liberación, absorción, distribución, metabolismo y eliminación. Los síntomas van a variar en función del fármaco, siendo frecuente la taquicardia o bradicardia, miosis o midriasis, diarreas, sudoración excesiva, trastornos de con-

ciencia, variación de temperatura, dolor estomacal, vómitos, cefaleas, pérdida de agudeza visual y diplopía, hipotonía y dificultad respiratoria.

Es importante conocer la vía por la que se ha producido la intoxicación tanto para evitar la absorción del tóxico, la más habitual suele ser la oral, como para ver la forma de actuación ante la intoxicación.

La actuación en las intoxicaciones irá dirigida a disminuir o evitar la absorción, facilitar la eliminación y si fuera posible el uso de antidotos.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de las intoxicaciones, así como las formas de actuación cuando se producen.
- Exponer las formas de actuación según la vía de penetración del tóxico.
- Conocer los antidotos de algunos medicamentos.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo sobre intoxicaciones, se ha realizado una revisión bibliográfica del tema a tratar. Para ello, se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, eligiendo artículos científicos procedentes de publicaciones científicas.

4 Resultados

La forma de actuación variará en función de la vía de entrada del tóxico. Si se trata de la tópica, se deberá apartar al paciente del tóxico, habrá que quitarle la ropa al paciente, lavar la piel con agua y jabón alcalino por 30 minutos, si se tratase de un insecticida organofosforado la recomendación es realizar un segundo lavado con alcohol etílico. Si la vía de entrada del tóxico es la inhalatoria, se debe apartar al paciente del tóxico y se le administrará oxígeno a elevadas concentraciones. En el caso de penetración del tóxico por la vía oral, se realizará descontaminación gastrointestinal para disminuir la absorción de este, hay varias formas:

1. Vaciado gástrico, indicado en las dos horas tras la ingestión de grandes cantidades de tóxico, si se tratase de un paciente con motilidad gastrointestinal reducida podría realizarse hasta las 6 horas y hasta incluso 24 horas si se tratase de anticolinérgicos. El vaciado gástrico puede ser de varias formas: lavado gástrico e inducción al vómito. El más usado en el medio hospitalario es el lavado gástrico,

este se basa en que mediante una sonda de lavado multiperforada (de elección oro-gástrica) se realiza la administración y posterior aspiración de suero o agua con unos 300 ml, se realizarán varios lavados hasta que salga el líquido limpio, la posición del paciente será decúbito lateral izquierdo y posición de Trendelenburg. Este procedimiento está contraindicado en ingestión de sustancias corrosivas y pacientes con perforación gastrointestinal y gran riesgo de hemorragia. Muy importante, en pacientes que se sospeche de falta de reflejo de protección de la vía aérea, se le hará una intubación endotraqueal. La otra forma de actuación, la inducción al vómito, se usa poco, ya que tiene algunos riesgos, no se usa en pacientes vulnerables, con riesgo de aspiración ni tampoco en ingestión de sustancias corrosivas, se realiza con jarabe de ipecacuana preparado mediante fórmula magistral, la complicación principal es el síndrome de Mallory-Weiss, neumonía aspirativa

2. Carbón activado, es el método más eficaz, además de inocuo. Su finalidad absorber el tóxico en el tracto gastrointestinal. Se debe de realizar preferiblemente en la primera hora tras la ingesta, pero se puede hasta las 4 horas. La dosis indicada en adultos es una disolución 200 ml de agua con 1 g/kg de peso de carbón activado, se administrará por sonda nasogástrica, se puede volver a poner una segunda dosis a las 2-4 horas. Las contraindicaciones serían algunas alteraciones del tracto digestivo como obstrucción intestinal o hipoperistaltismo, intoxicaciones por cáusticos, hidrocarburos, metales, potasio, ácido bórico y alcoholes, y cuando se requiera una endoscopia.

3. Extracción digestiva baja. Se usa en intoxicaciones por sustancias que no son absorbidas por el carbón activado, eliminación de tóxicos de acción retardada, así como paquetes de drogas y consiste en la administración de sustancias osmolares, una solución de polietilenglicol que produce diarrea de consistencia acuosa que hace que no se produzca la absorción

4. Eliminación endoscópica o quirúrgica. En caso de cuerpos extraños como pilas, conglomerados de pastillas, metales pesados.

En cuanto a las intoxicaciones medicamentosas, hay cuatro tipos de síndromes, estos son el síndrome anticolinérgico, síndrome simpaticomimético, síndrome colinérgico y el síndrome narcótico opiáceo-sedantes hipnóticos, con diferente sintomatología según de los mecanismos de acción de los diferentes medicamentos.

Algunos medicamentos tienen antídotos específicos, el antídoto del paracetamol es la Acetil-cisteína. En el caso de los anticoagulantes orales, la intoxicación produce hemorragias, en el caso de que no haya sangrado activado se usará la vitamina K, filoquinona o fitomenadiona, si hubiera sangrado activado se usaría

el plasma. El antídoto de los opiáceos es la naloxona. El antídoto de la heparina sódico es el sulfato de protamina. El antídoto de la isoniazida es la vitamina B6. El antídoto específico en la intoxicación por digoxina son los anticuerpos antidigoxina (fragmentos FAB). El antídoto usado en la hipotensión o bradicardia es el glucagón. En los casos de intoxicación por benzodiacepinas se usa el flumacénilo. El antídoto específico de los antidepresivos tricíclicos es el bicarbonato sódico intravenoso.

5 Discusión-Conclusión

Dada la gran importancia de las intoxicaciones tanto medicamentosas como las producidas por sustancias corrosivas, sustancias químicas o gases, por su elevada morbilidad, mortalidad y gasto en salud en todo el mundo, es de gran utilidad conocer las formas de actuación según la vía de entrada de penetración de estas sustancias en el organismo. Es fundamental tanto la clínica del paciente, como los testigos, si los hay, además de saber el tóxico exacto que ha producido la intoxicación, para poder abordarla de manera adecuada.

Cuando la vía de entrada del tóxico es la oral hay diferentes formas de abordar la situación con la finalidad de reducir la absorción de la sustancia, en el caso de la vía tópica e inhalatoria el abordaje será alejarse del tóxico, lavado de la zona con agua y jabón durante unos 30 minutos en caso de vía tópica y oxígeno a elevadas concentraciones en caso de la vía inhalatoria.

Algunos medicamentos tienen antídotos específicos.

6 Bibliografía

Manoguerra AS. Gastrointestinal decontamination after poisoning. Where is the science. *Crit Care Clin*, 1997; 13: 709-745.

Bond GR. The role of activated charcoal and gastric emptying in gastrointestinal decontamination: a state-of-the-art review. *Ann Emerg Med*. 2002;39:273-86.

Noorkool, DM, Kirkpatrick, JN. Treatment of acute carbon monoxide poisoning with hyperbaric oxygen: a review of 115 cases. *Ann Emerg. Med*. 1985; 14, 1168-1171.

Bajo A, Santos ME, Sanz F, Zapico N, Thomson K, García A. Estudio epidemiológico sobre intoxicaciones agudas y dotación de botiquines de antídotos. *An Med Interna*. 1999;6:285-9.

Meehan TJ. Approach to the poisoned patient. In: Walls RM, Hockberger RS,

Gausche-Hill M, eds. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 139.

Spyres MB, Farrugia LA, Kang AM, Calello DP, Campleman SL, Pizon A, et al. The Toxicology Investigators Consortium Case Registry-the 2018 Annual Report. J Med Toxicol. 2019;15(4):228-54.

Zilker T. [Acute intoxication in adults - what you should know]. Dtsch Med Wochenschr. enero de 2014;139(1-2):31-46; quiz 43-6.

Capítulo 11

IDENTIFICACIÓN Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE LAS REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDIOS DE CONTRASTE EN RADIOLOGÍA

ANDREA NATAL FUERTES

1 Introducción

Los medios de contraste son sustancias capaces de destacar algunas estructuras anatómicas del cuerpo humano y a su vez las diversas patologías, para poder elaborar un diagnóstico más preciso. Existen diversos medios de contraste, pudiendo presentar diferentes vías de administración, aunque los más habituales son los contrastes yodados que se administran por vía intravenosa. Son herramientas muy importantes para la detección y diagnóstico de determinadas patologías, además de para el seguimiento de muchos tratamientos, y una gran ayuda para la radiología intervencionista. Sin embargo, estas sustancias no son totalmente inocuas y se deben conocer los efectos adversos que estos pueden producir, como por ejemplo alergia al contraste yodado.

Cuando un facultativo necesita ver qué está ocurriendo en el interior del organismo del paciente, suelen solicitar que el paciente se someta a un estudio por imágenes tales como los rayos X, el ultrasonido, la tomografía axial computerizada, la resonancia magnética nuclear, capaces de obtener información específica sobre estructuras interiores del cuerpo humano. Los medios de contraste se utilizan para mejorar el valor diagnóstico de dichas imágenes médicas.

Existen diversos tipos y materiales de contraste, los compuestos yodados y los de sulfato de bario, usados en exámenes de imágenes de rayos X y tomografía axial computerizada.

El sulfato de bario es uno de los más comunes, que puede administrar de manera oral, aunque también se encuentra en otros formatos, polvo que se mezcla con agua antes de su administración, líquido, pasta o tableta. Para la administración de cualquiera de estos contrastes se necesita a un equipo de enfermería, así como una supervisión durante la realización de dicha prueba.

2 Objetivos

-Informar sobre los efectos adversos de los diferentes contrastes que existen.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 contraste es una sustancia o combinación de ellas que, se introduce en el organismo del paciente por diversas vías de administración, permitiendo resaltar estructuras anatómicas tanto normales, como patológicas. El medio de contraste más adecuado es el que consigue la mayor concentración tisular con la menor cantidad de efectos adversos.

Las reacciones adversas son los efectos no deseados que pueden aparecer tras la administración de un fármaco, en este caso el medio de contraste. Dichas reacciones adversas, según la intensidad de su efecto sobre el paciente, se pueden clasificar de la siguiente manera: - Leves: son las que se producen más habitualmente. Incluyen síntomas como náuseas, vómitos, calor, rubor, cefalea, palidez, desvanecimiento, escalofríos, temblores, erupción cutánea... No suelen requerir ningún tratamiento y desaparecen espontáneamente en unos minutos.

- Moderadas: constituyen únicamente el 1% del total de las reacciones adversas. Pueden ser hipotensión, urticaria difusa, vómitos... Suelen requerir algún

tratamiento dentro de la sala de rayos.

- Severas: son las menos frecuentes, pero suelen aparecer aproximadamente en un 0,1% del total de pacientes que presentan alguna reacción adversa. Pueden ser convulsiones, colapso cardiorrespiratorio, pérdida de conocimiento, urticaria generalizada... Este tipo de reacciones requieren internación y puede llevar a la muerte del individuo.

Los medios de contraste intravenoso se consideran fármacos seguros por sus bajas tasas de reacciones adversas, sin embargo, esto no excluye al médico de realizar un previo y completo análisis de los riesgos y beneficios de manera individual para cada paciente.

También es muy importante la comunicación entre los facultativos involucrados en el tratamiento de dicho paciente (urólogos, nefrólogos, cirujanos, radiólogos...

) Es fundamental para evaluar casos complejos que necesiten consideraciones especiales.

Es importante informar al paciente, sobre el procedimiento que se le va a efectuar, explicándole en qué consiste la prueba.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería que se encuentra en radiodiagnóstico debe estar actualizado y preparado ante una posible reacción adversa al medio de contraste. Para ello, hay que conocer bien los protocolos de acción y que el personal esté formado y al corriente de donde se encuentran los medicamentos necesarios en caso de tener que actuar con rapidez ante una emergencia.

En el caso de reacciones leves, solo con la presencia de la enfermera suele ser suficiente para calmar al paciente, ya que generalmente tampoco requieren de un tratamiento específico para combatirlas.

Las reacciones graves son las que realmente requieren de una actuación rápida y eficaz. En el caso de que esto ocurra, los pasos a seguir serían: pedir ayuda, detectar y categorizar la reacción, tratar la reacción correctamente

En casos muy graves, derivar al paciente una vez esté controlado el episodio, realizar un informe breve, pero completo de la reacción y el tratamiento realizado.

El primer paso para la prevención de las reacciones adversas. Debe tratar de identificarse a la persona que tienen un mayor riesgo de sufrir este tipo de reacciones mediante un adecuado interrogatorio acerca de sus antecedentes. Los diferentes medios de contraste tienen unos riesgos específicos de por sí, pero estos pueden verse disminuidos o aumentados por características personales del paciente como por ejemplo la edad o patologías previas como diabetes o insuficiencia renal. De

igual modo, son tantas las ventajas de su uso, para la evaluación diagnóstica que de otra manera sería imposible obtener.

6 Bibliografía

1. Lozano-Zalce, H., Pérez-Mendizábal, J. A., González-Silva, N., Ramírez-Arias, J. L., & Abbud-Neme, Y. (2003). Reacciones indeseables y manejo integral de los medios de contraste usados en imagenología. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 1(3), 139-147. 4901
2. Méndez Elizalde E, Ceriotto H, Coronel Z, Gómez del Intento E, López Saubidet C, Núñez M. Medios de contraste, ¿cómo usarlos? Estudio de reacciones indeseadas, su prevención y tratamiento. *Rev Arg Radiol* 1997; 61:189-97.
3. Méndez, R., Graña, L., & Rodríguez, R. (2007). Reacciones adversas a los medios de contraste. *Medios de contraste en radiología*. Madrid: Panamericana, 115-27.
4. Oficial, P., & de Radiología, S. A. Reacciones adversas a medios de contraste radiológicos: criterios y conductas.
5. Sartorio, P., Rizzo, F., Taborda, N., Anaya, V., Caraballo, A., Saleme, C., ... & Peña, A. (2013). Medios de contraste en imágenes. *Revista argentina de radiología*, 77(1), 49-62.
6. Thomsen HS, Webb JAW. *Contrast Media. Safety Issues and ESUR Guidelines*. Verlag Berlin Heidelberg: Springer; 2006:167.

Capítulo 12

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD

MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ

MARÍA PINTO RODRIGO

PABLO ALAÑÓN VISO

JESUS BARBA CARMONA

CARMEN BARBA SANCHEZ

1 Introducción

La emoción de ansiedad es una respuesta normal y útil para enfrentar situaciones de estrés y peligro. No obstante, si esta emoción se convierte en excesiva e interfiere en la vida cotidiana del paciente, puede dar lugar a un trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son un conjunto de trastornos mentales que afectan a millones de personas en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el trastorno de ansiedad es uno de los problemas de salud mental más prevalentes, y que más del 10% de la población mundial sufre de algún tipo de trastorno de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad se manifiestan de diversas maneras, como ataques de pánico, fobias específicas, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, entre otros. Los síntomas varían en función del tipo de

trastorno, aunque en general, los pacientes pueden experimentar síntomas como sudoración excesiva, palpitaciones, temblores, dificultad para respirar, tensión muscular y mareos.

El cuidado de enfermería es fundamental en el tratamiento de los pacientes con trastornos de ansiedad. Los enfermeros pueden proporcionar apoyo emocional y psicológico, ayudar a los pacientes a identificar y manejar sus pensamientos negativos y distorsionados, enseñar técnicas de relajación y promover la autoestima. Asimismo, la educación del paciente es crucial para el tratamiento efectivo del trastorno, ya que los pacientes deben comprender su trastorno y aprender a manejar sus síntomas.

2 Objetivos

- Describir la importancia del cuidado de enfermería en pacientes con trastornos de ansiedad y destacar el papel clave que los enfermeros pueden desempeñar en el tratamiento y la recuperación efectiva de los pacientes.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en pacientes con trastornos de ansiedad, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

Los pacientes con trastornos de ansiedad requieren de cuidados de enfermería que se enfoquen en sus necesidades individuales y en la comprensión de su enfermedad. La educación del paciente es esencial en el tratamiento efectivo del trastorno, ya que permite a los pacientes comprender su enfermedad y aprender a manejar sus síntomas.

Los enfermeros pueden enseñar a los pacientes técnicas de manejo de la ansiedad, como la relajación, la respiración profunda y la meditación, que pueden ayudar a los pacientes a controlar sus síntomas y a sentirse más seguros y tranquilos. Además, los enfermeros pueden proporcionar apoyo emocional y psicológico, lo que puede ayudar al paciente a sentirse comprendido y cuidado, lo que puede

reducir la ansiedad y promover la recuperación.

Otro aspecto importante en el cuidado de enfermería es el abordaje de los pensamientos negativos y distorsionados que pueden tener los pacientes con trastornos de ansiedad. Los enfermeros pueden ayudar a los pacientes a identificar estos pensamientos y enseñarles estrategias para cambiarlos en pensamientos más realistas y positivos.

Asimismo, la promoción de la autoestima es esencial en el cuidado de enfermería de los pacientes con trastornos de ansiedad. Los pacientes pueden tener baja autoestima debido a la preocupación constante y a los síntomas del trastorno.

Los enfermeros pueden trabajar con los pacientes para identificar sus fortalezas y habilidades, lo que puede ayudar a mejorar su autoestima y su bienestar general. El cuidado de enfermería en pacientes con trastornos de ansiedad es esencial para la mejora de su calidad de vida y el tratamiento efectivo de su enfermedad.

Los enfermeros pueden proporcionar una atención integral y personalizada, centrada en el paciente y en sus necesidades individuales. La educación del paciente, el apoyo emocional y psicológico, la enseñanza de técnicas de manejo de la ansiedad y la promoción de la autoestima son elementos clave en el cuidado de enfermería de los pacientes con trastornos de ansiedad. Con un cuidado adecuado, los pacientes pueden mejorar su calidad de vida y aprender a controlar sus síntomas de ansiedad para lograr una recuperación efectiva.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el cuidado de enfermería es fundamental para el tratamiento efectivo de los pacientes con trastornos de ansiedad. Los enfermeros pueden desempeñar un papel esencial en la educación del paciente, la enseñanza de técnicas de manejo de la ansiedad y la promoción de la autoestima. La atención integral y personalizada centrada en el paciente es esencial para proporcionar un cuidado adecuado y mejorar la calidad de vida del paciente.

La identificación y abordaje de los pensamientos negativos y distorsionados son importantes para ayudar al paciente a cambiar su perspectiva y enfocarse en pensamientos más realistas y positivos. Además, el apoyo emocional y psicológico proporcionado por los enfermeros puede ayudar al paciente a sentirse cuidado y comprendido, lo que puede reducir la ansiedad y promover la recuperación.

6 Bibliografía

1. Pérez-Fuentes, M. C., Molero Jurado, M. M., Gázquez Linares, J. J., & Simón.

2. Márquez, M. M. (2018). Estrategias de afrontamiento en pacientes con trastornos de ansiedad: una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 28(3), 281-288.
3. Cruzado, J. A., & Cano-Vindel, A. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad: una revisión narrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(2), 89-98.

Capítulo 13

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES ENDOCRINAS.

MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ

MARÍA PINTO RODRIGO

PABLO ALAÑÓN VISO

JESUS BARBA CARMONA

CARMEN BARBA SANCHEZ

1 Introducción

Las enfermedades endocrinas son trastornos que afectan el sistema endocrino del cuerpo, que se encarga de producir y regular hormonas importantes para el correcto funcionamiento del organismo. Estas enfermedades pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y requieren una atención integral y continua por parte de un equipo de profesionales de la salud. Los profesionales de enfermería son una parte esencial de este equipo, ya que brindan cuidados directos a los pacientes y colaboran con otros profesionales de la salud en el manejo de las enfermedades endocrinas.

El sistema endocrino del cuerpo humano es vital para regular numerosas funciones importantes del cuerpo, y su disfunción puede causar una variedad de enfermedades endocrinas que afectan la calidad de vida de los pacientes. La

atención integral de las enfermedades endocrinas requiere la colaboración de un equipo de profesionales de la salud, y los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la atención directa de los pacientes y en la colaboración con otros miembros del equipo. Por lo tanto, es fundamental que los profesionales de enfermería estén capacitados en la identificación de síntomas y signos de enfermedades endocrinas, en el manejo de terapias de reemplazo hormonal y en el diseño y aplicación de planes de cuidados adecuados para cada paciente.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es proporcionar información práctica sobre los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades endocrinas.

3 Metodología

Para elaborar este documento se llevó a cabo una investigación bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades endocrinas, utilizando Google Académico como herramienta de búsqueda. Se consultaron diversas fuentes relacionadas con el tema, tales como sitios web, publicaciones periódicas y bases de datos especializadas, como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

El desarrollo de los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades endocrinas incluye una serie de aspectos importantes. En primer lugar, los profesionales de enfermería deben estar capacitados en la identificación temprana de síntomas y signos de enfermedades endocrinas, lo que permitirá un diagnóstico y tratamiento adecuados. Es fundamental que los profesionales de enfermería estén familiarizados con las diferentes enfermedades endocrinas, como la diabetes, la enfermedad tiroidea y la enfermedad de Addison, y sepan cómo manejarlas de manera efectiva.

En segundo lugar, los planes de cuidados de enfermería deben ser personalizados para cada paciente, teniendo en cuenta sus necesidades y características individuales. Esto incluye la administración de terapias de reemplazo hormonal, la monitorización de los niveles de glucemia en pacientes con diabetes y la administración de medicamentos según las prescripciones médicas. Los planes de cuidados también deben incluir medidas preventivas específicas para cada paciente,

como el control de la dieta y la actividad física.

En tercer lugar, los profesionales de enfermería tienen un papel crucial en la educación del paciente sobre su enfermedad y su tratamiento. Los pacientes con enfermedades endocrinas a menudo requieren un tratamiento de por vida, y es importante que comprendan su enfermedad y su tratamiento para poder manejar su condición de manera efectiva. La educación del paciente también incluye la promoción de un estilo de vida saludable, como una dieta equilibrada y la actividad física regular.

En cuarto lugar, la monitorización y evaluación regular de los pacientes es esencial para asegurarse de que están respondiendo adecuadamente al tratamiento y prevenir complicaciones a largo plazo. Los profesionales de enfermería deben monitorear los niveles de glucemia y otros indicadores relevantes para cada enfermedad endocrina y trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud para ajustar el tratamiento si es necesario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la atención de enfermería es esencial en el manejo efectivo de pacientes con enfermedades endocrinas. Los profesionales de enfermería juegan un papel clave en la detección temprana de síntomas y signos de enfermedades endocrinas y en la educación del paciente sobre su condición y su tratamiento. Además, la prevención de complicaciones a largo plazo es un aspecto crucial en el manejo de estas enfermedades, y los planes de cuidados de enfermería deben incluir medidas preventivas personalizadas para cada paciente. Fomentar un estilo de vida saludable también es importante para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades endocrinas.

6 Bibliografía

1. Pascual-Antón, A. I., Lillo-Crespo, M., & Sánchez-Raya, A. (2016). Cuidados de enfermería en la diabetes mellitus tipo 1.
2. *Enfermería Clínica*, 26(2), 110-119. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.003>
3. Márquez-Mendoza, M., & Robles-García, R. (2019). Papel de la enfermera en el manejo de pacientes con enfermedad tiroidea. *Enfermería Universitaria*, 16(4), 288-298. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958423e.2019.4.645>

Capítulo 14

ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL PACIENTE DONANTE POTENCIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

MARÍA ESCRIBANO LÓPEZ

MARÍA PINTO RODRIGO

PABLO ALAÑÓN VISO

JESUS BARBA CARMONA

CARMEN BARBA SANCHEZ

1 Introducción

La donación de órganos es un proceso anónimo y altruista en el que se sustituye un órgano o tejido enfermo, que no funciona o lo hace de manera deficiente por otro sano para mejorar la calidad de vida de la persona que lo recibe y aumentar así su esperanza de vida. Además, supone un ahorro de recursos económicos para el sistema sanitario a largo plazo.

Hay diferentes métodos para la realización de la donación. La donación tras muerte encefálica se define como pérdida irreversible, por motivos conocidos, de todas las funciones encefálicas. Representa el 90% de las donaciones que se producen en España.

El otro método es la donación en asistolia, se lleva a cabo en personas cuyo fallecimiento se ha producido por problemas circulatorios y/o respiratorios que no han sobrevivido a las maniobras de reanimación cardiopulmonar. Además, no han evolucionado a muerte encefálica y se ha tomado la decisión de retirar las medidas de soporte vital y sin contraindicaciones médicas para la donación de órganos y tejidos.

En las últimas décadas, en España la técnica de extracción y trasplante de órganos ha ido aumentando exponencialmente hasta convertirse líder mundial y referente en esta materia. Los donantes de órganos necesitan unos cuidados muy exhaustivos que deben llevarse a cabo por los equipos multidisciplinarios en una Unidad de Cuidados Intensivos. Dentro de estos equipos la enfermera juega un papel muy importante, ya que es la que presta una atención directa del paciente donante potencial como de la familia. Es quien se encarga del mantenimiento y preservación hemodinámica y fisiológica de los órganos del paciente donante. Se trata de una situación compleja y difícil, puesto que supone un importante desgaste físico y psicológico.

Los cuidados que se brindan deben ser iguales que los recibidos por otro enfermo ingresado en una unidad de cuidados intensivos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el papel de la enfermería en el mantenimiento del paciente donante potencial en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

3 Metodología

Se ha realizado una estrategia de revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Para garantizar los objetivos hemos acotado la búsqueda definiendo unos criterios de inclusión y exclusión: artículos en inglés y español, con menos de 10 años de antigüedad y que traten del tema que nos interesa.

4 Resultados

Una vez se ha diagnosticado-detectado al posible donante mediante una serie de pruebas objetivas, los cuidados que se realizan sobre los potenciales donantes de órganos son una tarea compleja que es llevada a cabo por los equipos que trabajan

en una Unidad de Cuidados Intensivos. Dentro de estos equipos la enfermera juega un papel muy importante, ya que es la que presta una atención directa tanto a los potenciales donantes de órganos como a sus familiares.

Por un lado, la enfermera brinda unos cuidados más técnicos enfocados a la prevención y tratamiento de las posibles complicaciones que pueden sufrir este tipo de pacientes (hemodinámicas, respiratorias, endocrinas, infecciosas).

Por otro lado, proporciona unos cuidados bioéticos donde se engloban las intervenciones enfocadas al cuidado de la familia del potencial donante, mostrándose cercana, ofreciéndoles el apoyo necesario y cuidado del paciente con dignidad y respeto.

Es muy importante, una vez diagnosticada la situación del paciente, realizar una entrevista con la familia en la que se les comenta el pronóstico funcional y vital del mismo. Esta entrevista va dirigida a solicitar el consentimiento para mantener las medidas de soporte en la Unidad de Cuidados Intensivos en espera a que el paciente evolucione a muerte encefálica para la donación o en caso de que no evolucionara a muerte encefálica por la situación causante o el proceso patológico que presenta se les solicita el consentimiento para la donación en asistolia. Aquí juega un papel importante el Coordinador de trasplantes junto con el resto del equipo.

El mantenimiento del donante potencial supone un cambio en la mentalidad del cuidado, ya que las intervenciones que realiza la enfermera no están encaminadas a la recuperación del paciente, sino al mantenimiento y recuperación de los órganos y tejidos.

Uno de los papeles principales que debe proporcionar en estos casos el equipo profesional y en particular la enfermera es resolver dudas respecto al proceso de donación con un lenguaje claro, sencillo y directo, todo ello proporcionando intimidad y respeto.

5 Discusión-Conclusión

La prevalencia del proceso de extracción y trasplante de órganos y tejidos en España está aumentando progresivamente. Por ello es un tema que cada vez va cobrando más importancia, y aunque estamos hablando de la muerte, también se habla en cierto modo de la vida, de tal manera que la población va teniendo más inquietudes al respecto.

Una vez diagnosticado al paciente de posible donante hasta la extracción de órganos es frecuentes la aparición de posibles complicaciones. Es aquí donde

la enfermería juega un papel importante. La enfermera debe contar con unos conocimientos y aptitudes adecuados para brindar unos cuidados óptimos y así mantener los órganos y tejidos a trasplantar en las mejores condiciones posibles, asegurando la viabilidad del trasplante y la mejor calidad de vida del paciente receptor.

6 Bibliografía

1. Organización Nacional de Trasplantes. Trasplante [Sede Web]. Madrid: Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010.
2. SEMICYUC y ONT. Cuidados Intensivos orientados a la donación de órganos. *Med Intensiva*. 2017; 2-5. Cárdenas Cruz A. Tratado de Medicina Intensiva. 2º ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
3. Nieves Ureña C. Muerte encefálica: cuidados de enfermería en el mantenimiento del donante de órganos [Trabajo Fin de Máster] Oviedo: Universidad de Oviedo; 2013.
4. Freire Izaura LS, Oliveira de Mendonça AE, Bessa de Freitas M, De Sousa Martins ML, Costa Fernandes IK, Torres de Vasconcelos G. Conocimiento del equipo de enfermería sobre la muerte encefálica y la donación de órganos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014 13(36):179-193.
5. De Tantillo L, González JM, Ortega J. Organ Donation After Circulatory Death and Before Death: Ethical Questions and Nursing Implications. *Policy, Polit Nurs Pract*. 2019;20(3):163–73.
6. Scales A, Donation N, Bentley H, Development P, Donation O. Organ donation: Nursing roles and responsibilities. 2020;29.

Capítulo 15

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

MAYRA FERNANDEZ MENENDEZ

1 Introducción

La limitación crónica del flujo de aire (LCFA) y un patrón respiratorio obstructivo de gravedad funcionalmente variable son las dos características que caracterizan a la mayoría de las enfermedades respiratorias. Consiste en los siguientes, siendo los tres primeros los más prevalentes: bronquiolitis, fibrosis quística, bronquiectasias difusas, enfermedades del tracto pequeño y asma.

Hoy en día, las patologías pulmonares obstructivas crónicas se denominan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y obstrucción crónica del flujo aéreo (OCFA). El tabaquismo, dado que tanto la OCFA como la EPOC incluyen a pacientes fumadores, es la variable que determina si recibe un nombre u otro. Algunos de los factores que contribuyen a la OCFA incluyen la exposición ocupacional al polvo y sustancias nocivas, la contaminación, antecedentes de infecciones respiratorias, hiperreactividad bronquial y atopia, así como -1 antitripsina, que es un factor hereditario.

Hombres y mujeres de todo el mundo se ven afectados por la EPOC, una enfermedad pulmonar crónica común que puede prevenirse y tratarse y que provoca daños en los bronquiolos y restricción del intercambio de gases. Las vías respiratorias pueden estrecharse como resultado de una serie de procesos, que también pueden provocar la destrucción del tejido pulmonar, la obstrucción de las secreciones de las vías respiratorias y la inflamación del epitelio de las vías respiratorias.

A veces se hace referencia a la EPOC con los términos “enfisema” y “bronquitis crónica”. El enfisema generalmente describe la destrucción de los alvéolos pulmonares, mientras que la bronquitis crónica describe una tos persistente que produce esputo como resultado de la inflamación de las vías respiratorias.

Algunas personas tienen EPOC y asma, que comparten algunos síntomas (tos, sibilancias y dificultad para respirar).

Aunque fumar es la causa principal de EPOC, entre el 10% y el 15% de los pacientes con LCFA no fuman.

2 Objetivos

- Promover la Educación para la Salud con el objetivo de conseguir un abandono del hábito tabáquico y como consecuencia una mejora en la esperanza de vida en aquellos pacientes con EPOC.
- Fomentar el ejercicio y actividad física para favorecer una adecuada calidad de vida en aquellos pacientes en enfermedad respiratoria, tipo EPOC.
- Promover las campañas de vacunación. Especialmente frente a neumonía, gripe y COVID-19 en pacientes con esta patología.
- Conocer las actuaciones de enfermería llevadas a cabo con este tipo de pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Actualmente, la EPOC se caracteriza por un cambio que resulta en una disminución del flujo de aire espiratorio, pero que no cambia significativamente durante un período de varios meses. Este tipo de enfermedad se caracteriza por un período respiratorio prolongado. Especialmente cuando tienen disnea, los pacientes con EPOC frecuentemente respiran con los labios fruncidos. Actualmente, clasificamos las enfermedades de las vías respiratorias pequeñas, el enfisema y

la bronquitis crónica bajo el paraguas de la EPOC. En este concepto se excluyen la bronquiolitis y el asma por ser cuadros reversibles.

El proceso generalmente comienza a los 50 años con tos productiva o como resultado de una enfermedad torácica aguda, y la disnea de esfuerzo no suele aparecer hasta alrededor de los 60 o 70 años. La progresión gradual de la EPOC es causada por factores de riesgo como la contaminación del aire interior. (de calentadores, biocombustibles o tabaquismo pasivo en el lugar de trabajo, ya sea como feto o en los primeros años. Impiden que los pulmones se desarrollen plenamente, como el retraso del crecimiento intrauterino y las infecciones respiratorias frecuentes y ocasionalmente graves en la infancia. Es posible que tener EPOC en la edad adulta conduzca al desarrollo de asma en los niños.

Dado que no existe una cura conocida para la EPOC, el diagnóstico temprano es crucial para evitar que los síntomas empeoren. Cuando una persona presenta los síntomas distintivos de la patología, debemos asumir que está afectada por ella. Los primeros síntomas que se manifiestan frecuentemente son expectoración y tos. En la mayoría de los casos predomina inicialmente la tos crónica que empeora por la mañana. Hasta el 70% de los pacientes consultan al médico porque experimentan disnea, lo que la convierte en la causa más común. A menos que exista otro problema asociado (neumonía), el dolor torácico y la fiebre no son síntomas frecuentes de la EPOC. El dolor de cabeza es una complicación de la hipercapnia provocada por la retención de CO_2 y la hipoventilación. La pérdida de peso se manifiesta en las etapas más graves de la enfermedad. Los síntomas de exacerbación, o el empeoramiento de una situación estable anterior, también pueden manifestarse como hemoptisis.

La espirometría, una prueba que evalúa la función pulmonar, es necesaria para confirmar el diagnóstico. La espirometría normalmente no está disponible en los países de ingresos bajos y medios, lo que hace imposible diagnosticar la enfermedad.

Al atender a pacientes con EPOC, las enfermeras deben centrarse en dejar de fumar porque es la única intervención que ha demostrado ser eficaz para detener la enfermedad. También deben alentar a los pacientes a realizar actividad física regular y tanta fisioterapia respiratoria como puedan. Para aumentar la eficacia ventilatoria se deben realizar drenajes bronquiales (que disminuyen la resistencia de las vías respiratorias, favoreciendo la movilización y expectoración de secreciones) y ejercicios respiratorios. El exceso de proteínas parece aumentar la respuesta ventilatoria a la hipoxia, mientras que el exceso de carbohidratos aumenta la pCO_2 y debe evitarse en la dieta. Como medida adicional se debe impartir educación en el ámbito de la vacunación. Para estos pacientes, es crucial

recibir la vacuna COVID-19, gripe, y vacunas contra la neumonía.

Existen diversos medicamentos que, al ser inhalados, pueden ayudar a disminuir los síntomas y detener las exacerbaciones. Se pueden administrar en un inhalador con múltiples medicamentos porque tienen varios mecanismos de acción.

Para prevenir o disminuir los síntomas y aliviarlos durante las exacerbaciones agudas, se pueden inhalar regularmente broncodilatadores, que dilatan las vías respiratorias. Ocasionalmente, se pueden encontrar corticosteroides, que disminuyen la inflamación pulmonar, en los inhaladores.

Estos medicamentos deben inhalarse con la técnica correcta y, en algunos casos, con la ayuda de una cámara de inhalación que facilite la entrada de los fármacos al sistema respiratorio.

5 Discusión-Conclusión

La EPOC es una enfermedad que no tiene curación, pero un abordaje sanitario adecuado y tratamiento retrasarán su evolución, aliviarán los síntomas y aportarán una mejor calidad de vida al paciente.

Las intervenciones enfermeras son clave en el abordaje del paciente diagnosticado de EPOC. Es pilar durante el diagnóstico y la valoración de la enfermedad. Además, es importante la educación sanitaria para los pacientes como para las familias. Añadiendo, el apoyo necesario para dar soporte en la enfermedad.

Consultado la bibliografía vigente, se puede observar que la prevención (deshabitación del hábito tabáquico, fomentar el ejercicio y actividad física) sigue siendo un arma clave como en el de tantas enfermedades, pero la detección precoz, el adecuado diagnóstico y posterior tratamiento ayudan durante la fase aguda y crónica en el control de la sintomatología.

En la enfermedad de EPOC es importante y positivo que se generalicen programas de autocuidado, de esta manera el paciente se hará cargo de muchas acciones con la ayuda de enfermería que favorecerán muchas decisiones terapéuticas.

6 Bibliografía

1. Varela LB, Correa F, Cazaux A, Spaccesi A, Salica DA, Vanoni S. enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable asociada a deterioro cognitivo: posible factor de causalidad: Estudio piloto. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba [Internet]. 2021 [citado 8 de junio de 2022];78(2):97-102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34181845/>.

2. Dumitrascu GA. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). En: Toma de Decisiones en Anestesiología. Elsevier; 2008. p. 100-1.
3. Las 10 principales causas de defunción [Internet]. Who.int. [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
4. NCD country capacity survey [Internet]. Who.int. [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/ncdccs>.
5. Larsson K, Lindberg A, Sandelowsky H, Lindén A, Stållberg B, Janson C. Pharmacological treatment reduces mortality in COPD. Lakartidningen [Internet]. 2022 [citado 8 de junio de 2022];119. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35020190/>.
6. Lozano JA. EPOC. Offarm [Internet]. 2006 [citado el 8 de junio de 2022];25(6):68–75. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-epoc-13089136>.
7. Revista-portalesmedicos.com. [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-paciente-epoc/>.
8. Investigación RS. Enfermería y su importancia en el paciente con EPOC [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermeria-y-su-importancia-en-el-paciente-con-epoc/>.

Capítulo 16

ACTUACIÓN EXTRAHOSPITALARIA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO: PAPEL DE ENFERMERÍA

MARIA LOPEZ CHAVARRIA

CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ

RAÚL YELA SÁNCHEZ

PILAR GONZÁLEZ SÁNCHEZ

BEATRIZ PEREZ SANCHEZ

1 Introducción

El traumatismo craneoencefálico supone el 90% de las muertes extrahospitalarias en pacientes politraumatizados, se considera un problema de salud pública y es una de las principales causas de morbilidad. Se estima que la incidencia es de 200 personas/100.000 habitantes a nivel mundial.

Se estima que el 70% de las lesiones son leves, un 15% moderadas y las lesiones graves suponen un 15%.

En los países del primer mundo con recursos adecuados la principal causa de muerte producida por el traumatismo craneoencefálico es la hipertensión intracraneal refractaria y la disfunción multiorgánica.

Los traumatismos craneoencefálicos graves dejan secuelas, habitualmente neurológicas que disminuyen la calidad de vida de los pacientes.

El mecanismo de producción es debido a la aplicación de una gran cantidad de energía externa sobre el cráneo y el cerebro. Esta energía es absorbida por los huesos, el cuero cabelludo, LCR, vasos sanguíneos y el parénquima cerebral.

La cantidad de energía mecánica aplicada y la localización de la lesión van a condicionar el tipo de lesión que se produce. Existen distintos tipos de carga mecánica: contragolpe, impacto directo, aceleración y desaceleración, rotación, traslación, angulación, y lesiones penetrantes con o sin ondas expansivas. Estos mecanismos transmiten energía con el cráneo fijo (estático) o en movimiento (dinámico).

El manejo del paciente politraumatizado con TCE grave, requiere un abordaje multidisciplinar, y en diferentes niveles. El manejo extrahospitalario y el traslado a un hospital de tercer nivel, siempre que sea posible, o en su defecto al de mayor nivel, va condicionar la supervivencia y las posibles secuelas del paciente.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados que aporta la enfermería en el traumatismo craneoencefálico extrahospitalario.
- Identificar las complicaciones secundarias al traumatismo craneoencefálico.
- Desarrollar acciones para reducir la morbimortalidad.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica la búsqueda se ha realizado en Google, Google académico y Scielo.

Las palabras clave utilizadas para llevar a cabo esta revisión bibliográfica han sido: traumatismo craneoencefálico, cuidados en el traumatismo craneoencefálico, traumatismo craneoencefálico extrahospitalario.

4 Resultados

El daño que se produce en el cráneo y el cerebro tras un traumatismo de alta energía, va a ir desarrollando un daño progresivo según va pasando el tiempo, por ello es tiempo dependiente, mejorando la supervivencia y la mortalidad si

disminuye el tiempo hasta la atención, por lo que la atención extrahospitalaria es primordial.

El traumatismo craneoencefálico produce diferentes tipos de alteraciones fisiopatológicas, dependiendo del momento en el que se produzcan encontraremos lesiones primarias y secundarias, que se producen en la fase aguda y provocan lesiones reversibles, irreversibles, funcionales y estructurales. Este daño primario engloba lesiones de tejidos que se pueden manifestar a corto y/o largo plazo tras el accidente. Las lesiones terciarias con las que se producen debido a los cuidados y atención al paciente, como pueden ser: las complicaciones derivadas de la estancia prolongada en la unidad de cuidados intensivos, efectos secundarios de medicamentos, lesiones por la ventilación mecánica, infecciones asociadas y complicaciones de origen multifactorial. Las lesiones cuaternarias son aquellas que se producen durante el periodo subagudo y crónico, que ocasionan una pérdida tisular, aumentando la lesión primaria. Esta última lesión está condicionada genéticamente, dos individuos con la misma lesión van a tener una evolución distinta.

En la fisiopatología del traumatismo craneoencefálico influye el flujo sanguíneo cerebral, la presión intracraneal, los tipos de lesión primaria y secundaria, y la hipertensión intracraneal.

Tras un traumatismo craneoencefálico, se puede objetivar la severidad del traumatismo mediante la exploración neurológica, que deber ser simple, objetiva y rápida. Para ello se usa la Escala de Glasgow que mide el nivel de conciencia. Se usan 3 parámetros objetivos: la respuesta verbal, la ocular y la motora. La puntuación más baja es 3 y la puntuación máxima 15. En base a ello podemos clasificar los TCE en:

☒ Leves: con puntuación del 13-15.

☒ Moderados: puntuación 9-12.

☒ Graves: puntuación 3-8. Esta puntuación indica coma o lesión grave.

Valoración y actuación extrahospitalaria

La actuación en el ámbito extrahospitalario del TCE, es igual a la actuación ante un paciente politraumatizado, aunque con algunos matices, la valoración inicial, las actuaciones y los tratamientos van encaminados al posible traumatismo, pero con peculiaridades, como la actuación dirigida a disminuir la potencial lesión cerebral que pueda sufrir el paciente, evitando la hipotensión y la hipoxia cerebral.

-A. (Vía aérea y control cervical) y B (Ventilación): el primer paso de la valoración del TCE es el manejo de la vía aérea, realizando la apertura de la vía aérea, valorando si es permeable o no, aspirar secreciones si fuera necesario y realizar el control cervical, manteniendo la alineación de cabeza, cuello y tórax, ya que, en todo paciente politraumatizado, puede haber asociado una lesión medular. Para ello, se colocará un collarín cervical.

Si el paciente no tiene la vía aérea permeable, hay que realizar una intubación endotraqueal para aislar la vía aérea y asegurar un aporte adecuado de oxígeno al cerebro, acción que aumenta la supervivencia a largo plazo en estos pacientes, ya que el PCO₂ elevada y la PO₂ baja, producen un efecto vasodilatador a nivel cerebral, lo que aumenta la presión intracraneal. La enfermera ayudará en la intubación al paciente, en la aspiración de secreciones y en la colocación del collarín cervical. Además del control de saturación de oxígeno mediante pulsioximetría (>95%) y la capnografía (PaCO₂ 30-35mmHg) midiendo la presión parcial de CO₂, indicadores de una ventilación adecuada. El papel de la enfermera en esta primera etapa es crucial, ya que será la encargada de administrar medicación para ayudar en la intubación en caso de que sea necesario, en este caso, el anestésico más utilizado es el etomidato, ya que protege los tejidos cerebrales del daño celular producido por la hipoxia, tiene propiedades anticonvulsionantes y disminuye la presión intracraneal.

-C. (Circulación): en esta segunda etapa de valoración, se realizará la toma de tensión arterial, frecuencia cardíaca, relleno capilar, color y temperatura de la piel, así como el control de hemorragias. Este es un punto crucial para mejorar la supervivencia y disminuir la morbimortalidad, ya que un paciente con TCE grave, que además este hipotenso, va a aumentar el daño neurológico por la hipoperfusión cerebral, en comparación con una paciente con una tensión arterial adecuada. Para ello hay que valorar la posibilidad de una hemorragia externa, si no se aprecian heridas o sangre, pensaremos en una hemorragia interna. Tanto la búsqueda de la etiología de la hipotensión como el tratamiento de esta, se deben realizar de forma simultánea. Para ello se canalizarán 2 vías venosas periféricas del mayor tamaño posible, y se realizará la reposición de volumen con suero salino isotónico o hipertónico, coloides o Ringer Lactato, siempre evitando las soluciones hipotónicas por el riesgo de edema cerebral y aumento de la presión intracraneal. Las soluciones hipertónicas han demostrado aumentar la tasa de supervivencia, en comparación con las soluciones isotónicas, ya que ayudan a expandir la volemia de forma más rápida con un volumen de líquido menor.

-D. (Examen neurológico): Valoración de la escala de Glasgow y exploración de las pupilas.

Realizar una valoración seriada de la escala de Glasgow nos va a dar información acerca del deterioro del paciente, y la necesidad de mayor soporte o medicación. En la valoración pupilar observaremos la simetría, el tamaño y la reactividad. La diferencia en el diámetro de las pupilas de más de 1mm indica pupilas patológicas. Las pupilas pueden darnos mucha información, una midriasis con lenta reacción indica herniación transtentorial, mientras que una midriasis arreactiva indica herniación uncal ipsilateral.

En este punto también se realiza una exploración neurológica valorando los pares craneales, la función motora, los reflejos tendinosos profundos, el patrón respiratorio y los movimientos oculares.

-E. (Exposición física y control del ambiente): La mayoría de los pacientes con un traumatismo craneoencefálico grave puede presentar otras lesiones asociadas.

Tras la valoración inicial, y la subsanación de las situaciones emergentes, se realiza una valoración secundaria, complementando toda la valoración anterior con el control de las constantes, glucemia y ECG. Con la premisa de que, durante el tratamiento y el traslado del paciente, hay que reevaluar la valoración primaria (ABCD) si la situación clínica del paciente cambia.

Se debe monitorizar al paciente y valorar la posibilidad de aparición de situaciones potencialmente graves como: pupilas midriáticas arreactivas, hemiparesia, convulsiones, disminución de 2 o más puntos en la escala de Glasgow, lo que indicarían aumento de la presión intracraneal y posible herniación. La aparición de la triada de Cushing (bradicardia, hipertensión arterial y alteraciones respiratorias) es un signo tardío de aumento de la presión intracraneal.

El tratamiento extrahospitalario para corregir el aumento de la presión intracraneal se puede resumir en:

-Control del dolor: mediante analgesia y sedación, muchos pacientes tienen reacciones de inquietud y desasosiego. Lo que ayuda a aumentar la presión intracraneal.

-Fluidoterapia y medicación: manitol, un diurético osmótico que disminuye el volumen de líquido cerebral, disminuyendo la presión intracraneal. Tiene un inicio de acción rápido, por lo que la administración mediante bolos ayuda de forma eficaz al control de la hipertensión. Debido a que es un diurético hay que valorar el control de la hipovolemia para evitar la hipotensión arterial, que producirá una hipoperfusión cerebral.

También puede usarse suero salino hipertónico. Varios estudios demuestran una eficacia igual que el uso de manitol, y está más indicado en pacientes hipotensos, ya que no tiene esa acción diurética que sí tiene el manitol.

- Hiperventilación controlada durante un corto periodo de tiempo, para disminuir la PaCo₂ entre 30-35 mmHg.

- Camilla 30°, si la situación del paciente lo permite, para favorecer el drenaje. Evitar posiciones que dificulten el retorno venoso yugular, ya que aumenta el edema cerebral.

- Otros tratamientos que se pueden instaurar en la actuación extrahospitalaria y que ayudan a aumentar el pronóstico y disminuir la morbilidad son: el control de la glucemia (entre 90-100mg/dl), el control de la temperatura (puede haber una alteración en el control de la termorregulación), varios estudios recomiendan la hipotermia terapéutica controlada (35-35.5°). Por último, el control de las crisis comiciales, normalmente mediante benzodiacepinas como primera elección. Tanto la hiperglucemia, como las convulsiones y el aumento de la temperatura, contribuyen al aumento del daño cerebral.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir, que el abordaje del paciente con traumatismo craneoencefálico en el medio extrahospitalario requiere de un manejo multidisciplinar. En el caso del manejo extrahospitalario, normalmente por un recurso formado por médico, enfermera y técnicos de emergencias sanitarias. La enfermera juega un papel muy importante, porque es imprescindible que realice una valoración enfermera adecuada, aplique el tratamiento más beneficioso para el paciente, y sepa observar y reconocer las complicaciones relacionadas con el traumatismo craneoencefálico. Todo en su conjunto es imprescindible para aumentar la supervivencia, disminuir la morbilidad, y con ello aumentar la calidad de vida del paciente en el futuro, ayudando a disminuir las secuelas producidas tras sufrir un traumatismo craneoencefálico.

6 Bibliografía

1. Jiménez Murillo L., Motero Pérez F., Medicina de urgencias. Guía Terapéutica. Elsevier España 2011.
2. Díaz Argea J.L., Gómez Sánchez R., Pardo Ríos M. Protocolo de actuación en enfermería de urgencias. Murcia: Diego Marin Librero Editor SL; 2008.

3. Fernandez Ayuso D., Aparicio Santos J., Pérez Olmo J.L., Serrano Moraza A. Manual de enfermería en emergencias prehospitalarias y rescate. Segunda Edición. Madrid: Arán Ediciones S.L; 2008.
4. Pérez CCA. Trauma Craneoencefálico. Rev Med Cos Cen. 2008;65(582):3-8.
5. Alted López E, Bermejo Aznárez S, Chico Fernández M. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. Med Intensiva [Internet]. 2009 [citado el 28 de septiembre de 2023];33(1):16–30. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000100003&lng=es
6. Silva MIC da, Silva RRG da, Nogueira SHS, Lopes SM, Alencar RM de, Pinheiro WR. Diagnósticos de enfermería para pacientes com traumatismo craneoencefálico: revisión integradora. Enfermería Global [Internet]. 2021 [citado el 28 de septiembre de 2023];20(4):584–628. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/435321>
7. Godoy DA, Murillo-Cabezas F. Conceptualización evolutiva de los mecanismos lesionales en el traumatismo craneoencefálico. Med Intensiva [Internet]. 2022 [citado el 28 de septiembre de 2023];46(2):90–3. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-conceptualizacion-evolutiva-mecanismos-lesionales-el-articulo-S0210569120300553>
8. Elsevier. Escala de Coma de Glasgow: tipos de respuesta motora y su puntuación [Internet]. Elsevier Connect. [citado el 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow>

Capítulo 17

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA PACIENTE EMBARAZADA

ANA ISABEL CANTOS APARICIO

MARIA E. AGUILAR RICO

MARIA ESTER SANCHEZ ROMER

AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ

MIRIAM SORIA GIL

1 Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la interrupción súbita del latido cardíaco, circulación sanguínea y de la irrigación cerebral, con una pérdida del conocimiento y de la respiración. En el caso de la mujer gestante, la PCR materna se define como disminución o ausencia de conciencia por compromiso del sistema respiratorio, cardiovascular y/o cerebral, incluyendo hasta las seis semanas posteriores al parto. Esto conlleva un alto riesgo de mortalidad materno-fetal, por lo que es importante actuar a tiempo y adecuadamente.

A lo largo del embarazo se producen cambios en la fisiología de la gestante, como por ejemplo, es importante conocer que a partir de las 20 semanas de gestación el crecimiento en el útero puede comprimir la aorta y la vena cava inferior, lo que afecta al retorno venoso sanguíneo y al gasto cardíaco, llegando a producir, en

los peores casos, un shock, lo que lleva a una parada cardiorrespiratoria, también existen otros riesgos de PCR durante la gestación, como la edad de la gestante, la obesidad y las enfermedades crónicas de la mujer.

Es necesario saber que si tras 4 mins la RCP fracasa hay que hacer una cesárea perimortem para salvar al feto, tras la extracción fetal se recomienda continuar con la estabilización de la gestante.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Saber actuar ante una situación de parada cardiorrespiratoria en la paciente embarazada.

Objetivos generales:

- Saber la secuencia de compresión y ventilación en una gestante.
- Conocer la colocación de las manos de la gestante en el 2º o 3º trimestre.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica basada en la evidencia y en distintos tipos de investigaciones procedentes de publicaciones académicas revisadas, tanto en revistas como en internet, siendo las páginas más visitadas Pubmed y Medline entre otras.

4 Resultados

Tras la lectura exhaustiva de varios artículos relacionados con la temática de dicho capítulo podemos destacar la importancia de conocer las causas que pueden producir una parada cardiorrespiratoria en una paciente gestante, también es de suma importancia tener unos conocimientos y habilidades adecuadas para actuar de manera rápida y efectiva ante una situación de PCR, ya que de ello depende la supervivencia de la madre y del feto.

Previo a realizar la RCP es necesario realizar el soporte vital básico (SVB), comprobar si hay respuesta a estímulos, valorar el nivel de conciencia, si no contesta, llevar a cabo la maniobra frente- mentón. Si respira, pero está inconsciente, colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo. Si no respira, pero tiene pulso,

comenzar con mascarilla, oxígeno al 100% y bolsa de resucitación. La frecuencia de las insuflaciones cada 5-6 segundos. Si no respira y no tiene pulso: iniciar RCP y solicitar DESA.

Para iniciar la RCP básica: es necesario que la paciente esté en decúbito supino en una superficie dura, aplicar 30 compresiones torácicas con el talón de la mano no dominante y la otra encima empujando con los brazos estirados. La frecuencia de las compresiones será entre 100 y 120 por minuto, tras 30 compresiones se deben insuflar 2 ventilaciones (30:2). Lo ideal serían 4 personas, cada uno dedicándose a una función, uno con masaje cardíaco, otro con ventilación, otro con DUI y el último colocar el DESA, ante ritmos desfibrilables como taquicardia ventricular sin pulso y fibrilación ventricular, no desfibrilar con el DESA una asistolia, ni una actividad eléctrica sin pulso. Una RCP avanzada incluye un equipo de cesárea urgente, material para reanimación neonatal y un kit de vía aérea difícil. Es recomendable una coordinación del equipo, dedicándose un profesional exclusivamente a dirigir las maniobras de reanimación, repartir tareas y no sobrecargarse de tareas.

5 Discusión-Conclusión

En base a la revisión bibliográfica expuesta, se puede concluir que los cambios que se producen en la fisiología de la paciente gestante serán determinantes en las maniobras de reanimación de la embarazada.

Dado que esta situación supone un estado de estrés mayor en profesionales, por comprometer la vida de dos personas, es necesario elaborar protocolos donde se exponga con claridad el proceso de actuación frente a una parada cardiorrespiratoria en embarazadas, así como establecer cursos de formación y simulaciones que permitan a los profesionales especializarse y entrenarse en cuanto a las nuevas investigaciones y estudios acerca de la RCP en pacientes embarazadas.

6 Bibliografía

1. Martín Aláez Aurora, Giménez Laura Alba, 2021, "Implantación de un protocolo hospitalario de actuación de la parada cardíaca en la gestante", Vol. XVI; N° 3; 114, Revista Electrónica de PortalesMedicos.com, Zaragoza, España. Disponible en: revista-portalesmedicos.com/revista-medica/implantacion-de-un-protocolo-hospitalario-de-actuacion-de-la-parada-cardiaca-en-la-gestante/.
2. Vasco-Ramírez M. Cardiopulmonary and cerebral resuscitation in pregnancy:

At the end of maternal collapse. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. Septiembre de 2014;65(3):228-42.

3. Vila-Candel R, García-Bermejo P, Navarro-Illana P, Pérez-Ros P. [Are healthcare staff trained to perform cardiopulmonary resuscitation on pregnant women?]. *Aten Primaria*. Septiembre de 2016;48(7):503-4.

Capítulo 18

CARGA FÍSICA Y MENTAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

CARLA SUAREZ MONTOTO

MIRIAN VELAZQUEZ RODRÍGUEZ

JENNIFER MENÉNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El desempeño de la actividad laboral da lugar a un elevado número de casos de afectación de la salud física y mental. La mayor parte de las profesiones se ven afectadas, pero el caso del personal sanitario se corresponde con uno de los grupos más afectados.

En lo que al plano psicológico respecta el problema más frecuente es el estrés debido al gran número de tareas desempeñadas y al exceso de responsabilidad que se relaciona con el ejercicio profesional. Además del estrés, los profesionales sanitarios de todos los campos que trabajan en el mundo de las urgencias y emergencias también pueden padecer otros problemas como pérdida de la empatía, desgaste profesional e incluso síndrome de estrés postraumático.

Así mismo, este personal padece también dolencias físicas. Gran parte de los trastornos musculoesqueléticos se relacionan con las posturas adoptadas de forma estática y forzada, con movimientos frecuentes y rápidos, carga de pesos pesados que aumentan la capacidad de la persona, y todo durante un periodo prolongado de tiempo.

Por todo ello es muy importante que tanto el campo físico como el mental se tengan en cuenta a la hora de trabajar en este ámbito. Debe valorarse desde un primer momento con una identificación temprana y posteriormente controlarse a lo largo del tiempo a partir de protocolos y planes de prevención.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Conocer las principales actuaciones de los profesionales sanitarios en urgencias y emergencias.

Objetivos específicos:

Identificar los problemas más frecuentes relacionados con la carga física en el campo de la urgencia.

Desarrollar los eventos mentales que conlleva el trabajo en la urgencia en los sanitarios.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado cabo una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, Lilacs, Cuiden y Scielo. Todos los artículos seleccionados han sido puestos en común y filtrados según los criterios de inclusión/exclusión tenidos en cuenta para la realización del trabajo.

4 Resultados

Dentro de la actuación de los profesionales sanitarios en el campo de las urgencias y emergencias las principales acciones llevadas a cabo se relacionan con aquellas que buscan prevenir la mortalidad/morbimortalidad, gestión de condiciones adversas, asistencia temprana a las víctimas a corto plazo y garantizar recuperación de la salud siempre que sea posible.

Dentro de la asistencia física de los profesionales sanitarios hacia los afectados lo primero de todo es el control de la vía aérea, para asegurar una adecuada ventilación y de esta forma evitar problemas mayores como ahogamiento por cuerpos extraños o entrada en parada cardiorrespiratoria que pueda ser irreversible. Seguidamente se debe controlar la circulación a través de la existencia de pulsos y el control de la existencia o posible aparición de hemorragias tanto internas

como externas. Dentro de esta asistencia también se encuentra el transporte del paciente en el que se debe asegurar el control de la vía aérea, su movilización y posición ante la presencia de fracturas, el dolor y atención psicológica.

En lo que a asistencia psicológica se refiere destacan los primeros auxilios psicológicos que son el conjunto de estrategias puestas en marcha tras un evento crítico que buscan prevenir o disminuir los efectos negativos. Dentro de ellos destacan aquellos que buscan aliviar el sufrimiento, estabilizar el descontrol emocional, proporcionar información y prevenir la aparición de trastornos psicológicos.

Las consecuencias de esta atención en los profesionales sanitarios se relacionan con los dos campos nombrados anteriormente. En lo que a carga física respecta el personal de salud se ve afectado principalmente en aumento del dolor lumbar, debilidad de la musculatura abdominal y mal manejo de las cargas, llevando todo ello a una mala adaptación al dolor que limita la calidad de vida.

La carga emocional y las consecuencias en el personal sanitario es lo más destacable, siendo el estrés el problema principal. El estrés se asocia a un aumento de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca, a un aumento de los trastornos coronarios, respiratorios, reproductivos, conductuales, endocrinos, inmunitarios y gastrointestinales entre otros. El desgaste producido a su vez a la carga profesional puede dividirse en agotamiento emocional debido a dar más de uno mismo a nivel emocional, despersonalización que se refiere a la respuesta negativa hacia otras personas del servicio o hacia quienes va dirigido el trabajo y, por último, disminución de la realización personal que se corresponde con una disminución de las competencias y sentimiento de logro en el trabajo. Todo ello se acompaña de manifestaciones conductuales, emocionales y físicas; cefalea, migrañas, disforia, irritabilidad, abuso de sustancias o conductas de riesgo entre otras.

5 Discusión-Conclusión

Las presiones referentes con las cargas físicas y psicológicas del trabajo dan lugar a de forma directa con la enfermedad. Las situaciones que generan un aumento de desórdenes fijos y psicológicos deben ser atendidos a lo largo del tiempo a través de protocolos y normativas que eviten el desarrollo del síndrome de burnout y desgaste profesional.

El personal que trabaja en el campo de urgencias y emergencias tiene una mayor probabilidad de desarrollar desgaste profesional porque todas aquellas situaciones agotan a la persona física y mentalmente. Como conclusión se obtiene que es importante cuidar desde dentro al personal con el fin de que la atención

que ofrezcan sea de calidad y gratificante.

6 Bibliografía

Soriano Ariño, A. Carga física y mental en profesionales sanitarios de urgencias y emergencias. RCA Grupo editor.2017.

Figueredo Ferraz, H., Grau Alberola, E., Gil Monte, P.R, García Juesas, J.A. Síndrome de quemarse en el trabajo y satisfacción laboral en los profesionales de enfermería. *Psicothema*.2012; 24 (2):271-276.

Gutierrez Lengua, M., Atienza Mañas, M., García-Moya Sánchez, R. Primeros auxilios psicológicos en catástrofes. Técnicas de apoyo psicológico y social en situación de crisis. 2 ed. Vigo: Ideaspropias Editorial; 2024. 121. 137-192.

Girbau García, M.R., Galimany Masclans, J., Garrido Aguilar, E. Desgaste profesional, estrés y abandono de la profesión de enfermería. *Nursing*. 2012; 30 (1):58-61.

Capítulo 19

COMPLICACIONES DURANTE LA HEMODIÁLISIS

ISABEL BACO SOLAR

1 Introducción

El aparato urinario está formado por todos los órganos que trabajan en conjunto para producir orina que una vez formada será expulsada del organismo.

Todo el proceso que desarrolla el aparato urinario tiene como función la eliminación de la sangre de las sustancias de desecho y también del excedente de agua del organismo, mantiene así el equilibrio hidro-electrolítico del organismo.

La función de filtrado de la sangre la realizan los riñones, que es el lugar donde se forma la orina.

El aparato urinario lo forman: dos riñones, dos uréteres, una vejiga urinaria y una uretra.

La indispensable función renal de filtración puede verse alterada por malformaciones congénitas, diversas enfermedades renales o intoxicaciones que conlleven insuficiencia renal aguda y fracaso renal.

En estos casos, en los que el riñón no puede hacer su función, la terapia sustitutiva: la diálisis, se hace inevitable y debemos elegir la diálisis entre sus diversas formas: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal.

La elección de un tipo u otro de diálisis se hará después de haber estudiado cada caso teniendo en cuenta la enfermedad, el riesgo/beneficio de cada individuo, las

características de cada paciente, el nivel que tiene de autonomía, los conocimientos y la capacidad de realizar autocuidados y de aprendizaje, porque cada persona, adecuándose a su nivel de conocimientos y a su capacidad, debe asumir un cierto grado de autocuidado, y de esto dependerá el nivel de adherencia al tratamiento y los resultados.

Las enfermedades renales crónicas constituyen un grupo de enfermedades cada vez más frecuentes.

Debido al aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados su incidencia no deja de crecer y constituyen un alto costo para los sistemas sanitarios de los países. El tratamiento sustitutivo tiene un alto coste y no está exento de riesgos.

La valoración beneficio/riesgo se hará por parte de un equipo multidisciplinar, siendo enfermería la responsable de la educación de paciente y familiares, la valoración del paciente para establecer un plan de cuidados, el manejo de las unidades, los procedimientos propios de enfermería, la administración de medicación y de la prevención y el control de los riesgos durante la diálisis.

2 Objetivos

- Comprender la función renal y de las enfermedades agudas o crónicas que con más frecuencia desencadenan un fracaso renal.
- Conocer de los diferentes tipos de diálisis. La diálisis, en sus diferentes formas, es el procedimiento al que están abocados los enfermos cuyo riñón no puede filtrar la sangre, procedimiento no exento de riesgos, siendo un factor muy importante en la calidad de vida de los enfermos.
- Analizar los riesgos inherentes al proceso de diálisis.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda de artículos en diferentes bases de datos, Cuiden Plus, CINAHL, SciELO, PubMed, la cual se hizo con base en los títulos de términos médicos (Medical Subjects Headings) MESH. Se diseñaron ecuaciones de búsqueda con los operadores booleanos And y Or.

4 Resultados

Lo que se pretende es mejorar y optimizar el conocimiento de los enfermeros sobre la enfermedad y el fallo renal. De los diferentes tipos de diálisis, sus riesgos y complicaciones para la salud de los pacientes.

El trabajo de enfermería es cuidar y la ciencia enfermera profundiza en el estudio de los cuidados, por este motivo tenemos un área propia de conocimientos. La sociedad norteamericana de diagnósticos de enfermería, NANDA se encarga de establecer un lenguaje común a toda la profesión para hacer diagnósticos usando la taxonomía. Se genera así una forma de detectar problemas, estableciendo diagnósticos, y planificar cuidados, comunes para el conjunto de la profesión.

Enfermería además de tener los conocimientos y prestar una asistencia sanitaria profesional de calidad, debe educar para la salud y ofrecer información a los pacientes y sus familias, garantizando además que la información sea entendida por el paciente y sus familiares. Esto mejorará el autocuidado, el control de su enfermedad y la disminución de la angustia al enfrentarse con nuevas situaciones.

Por tanto, es imprescindible que enfermería facilite, ya desde la etapa anterior a comenzar la diálisis, al paciente todos los conocimientos que sean necesarios para desarrollar el mayor nivel de autocuidado al que la persona pueda aspirar. Estos conocimientos incluyen el proceso de la enfermedad, hacer la dieta adecuada, medidas de higiene personal, llevar unos hábitos de vida saludables para prevenir el riesgo cardiovascular, la toma correcta del tratamiento y las diferentes opciones de diálisis que pueden realizarse en su caso (si la elección es posible)

Toda esta información que la enfermera proporciona al paciente conseguirá que tenga los conocimientos necesarios para que la adaptación a esta nueva situación sea satisfactoria, así conseguirá ser independiente y hará el tratamiento de una forma correcta.

La diálisis conlleva riesgos, algunos de ellos mortales, y las unidades deben contar con personal estable y especializado que sepa afrontarlos tomando las decisiones correctas en cada caso formando parte de un equipo multidisciplinar que de confianza y seguridad a los pacientes de diálisis.

5 Discusión-Conclusión

La atención del enfermo renal debe hacerse de forma personalizada teniendo en cuenta al paciente desde un punto de vista holístico.

El trabajo de enfermería y la aportación de cuidados personalizados se realiza desde el conocimiento científico y la preparación para llegar a tener las habilidades precisas.

Los enfermos renales y las técnicas de hemodiálisis y diálisis peritoneal requieren cuidados especializados y el conocimiento de los procesos y sus riesgos.

El equipo interdisciplinar que trabaja en las unidades de diálisis, lo hará de manera conjunta para asegurar el éxito de la terapia de diálisis, minimizando los riesgos y sabiendo detectar y actuar rápidamente ante las complicaciones que puedan surgir.

La prevención de los riesgos, valorando y diagnosticando de forma individualizada y dando unos cuidados de calidad, será uno de los objetivos del trabajo enfermero en una unidad de diálisis.

El PAE nos brinda una herramienta que nos permite identificar las necesidades concretas de cada persona y planificar unas intervenciones para cada caso de una forma científica.

Con la taxonomía NANDA y teniendo en cuenta que los enfermos sometidos a diálisis tendrán además unas necesidades que son comunes, podemos hacer unos diagnósticos de enfermería y unos cuidados estandarizados a este tipo de pacientes que nos facilitará la atención en las unidades de diálisis.

La educación al paciente sobre su situación, el conocimiento de los cambios que puede esperar que se produzcan, la instrucción acerca de hábitos de vida saludables y el conocimiento de la alimentación que debe llevar, es una labor fundamental de enfermería que se realiza, además, de una forma continua, resolviendo dudas y estando accesible en todo momento por la cercanía en la atención que tenemos.

La educación para la salud también implicará a la familia del enfermo que, sobre todo en los enfermos de más edad o más deteriorados, muchas veces son los encargados de los cuidados a estos enfermos en domicilio. Siempre supervisados por un profesional de enfermería que realizará un seguimiento domiciliario.

La formación específica del personal que trabaja en las unidades de hemodiálisis es necesaria debido a la complejidad de la unidad y las características de los enfermos en diálisis.

Existe la especialidad de diálisis para trabajar en estas unidades.

6 Bibliografía

1. García-Maset R, Bover J, Segura de la Morena J, Goicoechea Diezhandino M, Cebollada del Hoyo J, Escalada San Martín J, et al. Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Nefrología [Internet]. 2021 [citado el 5 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-documento-informacion-consenso-deteccion-manejo-avance-S0211699521001612?referer=buscador>
2. Ángel Ángel ZE, Duque Castaño GA, Tovar Cortes DL. Cuidados de Enfermería en el Paciente con Enfermedad Renal Crónica en Hemodialisis: Una revisión sistemática. Enferm nefrol [Internet]. 2016;19(3):202–13. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000300003
3. Del Sistema D. SISTEMA URINARIO: ANATOMÍA [Internet]. Infermeravirtual.com. Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/103/Sistema%20urinario.pdf?1358605607>
4. Rosas EA, Ayala GG. Fisiología cardiovascular, renal y respiratoria. Editorial El Manual Moderno; 2014.
5. Bencomo Rodríguez O. Enfermedad Renal Crónica: prevenirla, mejor que tratarla. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2015 Sep 1;31(3). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252015000300010&script=sci_arttext&lng=en

Capítulo 20

ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN ANTE PACIENTES CON INFECCIONES DE ORINA.

PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO

TANIA CARRION

MARINA HERNANDO MARÍN

MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ

CECILIA HERNANDO MARÍN

1 Introducción

Es un proceso inflamatorio de la mucosa de la vejiga que afecta al aparato urinario, Las mujeres son más propensas a desarrollarla por su corta longitud de la uretra y proximidad de la vagina, siendo mucho más frecuente que la inflamación sea causada por una infección bacteriana, la cual puede desembocar en grandes molestias y dolor, o un problema de mayor severidad en el caso de que la infección se pueda diseminar a los riñones. En el menor de los casos, suele aparecer como reacción a geles, aerosoles o determinados medicamentos, y puede aparecer también como una complicación de otra enfermedad ya existente.

Tiene gran importancia poder conocer los principales síntomas para reconocerlo; así como la necesidad de tener que necesidad constante de orinar o dolor. En los hombres, esta patología no es muy frecuente, al contrario que en las mujeres.

Es importante tener en cuenta ciertos factores de riesgo como: destacar si la persona está embarazada, si dicha persona es diabética, si hay infección en niños o una obstrucción; que pueda permitir un mayor crecimiento de los gérmenes. Por todo ello, es de vital importancia seguir un adecuado tratamiento, siendo el uso de antibióticos el principal tratamiento para ello.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los cuidados de enfermería ante pacientes con infecciones de orina.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 cistitis es una patología la cual podemos prevenir correctamente si seguimos unas indicaciones; para ello debemos realizar un vaciamiento vesical completo precoito y postcoito y usar algún tipo de cremas antisépticas periuretrales antes del mismo. El diagnóstico es viable y es de gran importancia dentro de los cuidados de enfermería. Para poder diagnosticar usaremos los cultivos de orina y el sistemático de orina.

Es de gran importancia poder reconocer y saber cuáles son los principales síntomas que pueden aparecer y manifestarse en esta patología; los cuales destacamos: disuria (micción difícil o dolorosa), polaquiuria (se produce cuando hay un aumento en el número de micciones), tenesmo vesical (tener la sensación de querer orinar constantemente), dolor en la zona suprapúbica, molestias pélvicas, febrícula y orina turbia de mal olor y en ocasiones puede ir acompañada con hematuria. Para ello, es de vital importancia llevar a cabo un tratamiento correcto; Se empezaría en primer lugar con el uso y administración de cefalosporinas o betalactámicos durante 3 días (sin ser necesario el urocultivo posterior al tratamiento).

En determinadas ocasiones puede darse el caso que el tratamiento antibiótico no funcione para todas las cistitis, y a su vez que no aparezca piuria y que el urocultivo salga negativo. En ese caso se debería valorar otras patologías diferentes como: vaginitis, vulvitis, traumatismos o alergias.

Es imprescindible tratar las complicaciones de la manera más rápida posible y correctamente, y destacar la importancia de llevar a cabo una prevención adecuada; ya que de lo contrario podrían convertirse en algo mucho más grave. La evidencia ha demostrado que las mujeres son más propensas a contraer esta infección en comparación con los hombres, debido a que su uretra es más corta que la de los hombres y está más cercana al ano.

5 Discusión-Conclusión

Se destaca desde el equipo de enfermería que el principal agente etiológico más frecuente que aparece en esta patología es E. Coli que se relaciona directamente con los diferentes factores de riesgos de los cuales muchos de ellos se pueden evitar. De ahí, mostrar la vital importancia que podemos llevar a cabo con una correcta educación sanitaria a todos los pacientes para poder asegurarnos que puedan cumplir una correcta adhesión al tratamiento, sin olvidarnos de la importancia directa que tienen ciertos factores de riesgo mencionados anteriormente; entre los cuales podemos destacar: la genética, la edad o las condiciones fisiológicas y anatómicas, entre otros.

6 Bibliografía

1. NANDA. Diagnósticos de Enfermería; 2003.
2. De la Rosa M, Prieto J. Microbiología en ciencias de la salud: conceptos y aplicaciones. 2ª ed. España: Elsevier; 2010.
3. Guido S, Eberhardt K, Klaus G, Martha MM, Eva HP. The Diagnosis of Urinary Tract Infection. Dtsch Arztebl [Internet]. 2010 [8 May 2015]; 107 (21): 361-367. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883276/#R2>.

Capítulo 21

ENFERMERÍA Y SU ACTUACIÓN EN URGENCIAS POR UN PACIENTES CON CÓDIGO ICTUS.

PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO

TANIA CARRION

MARINA HERNANDO MARÍN

MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ

CECILIA HERNANDO MARÍN

1 Introducción

El código ictus en la actualidad es una urgencia vital, las horas, segundos son importantes para la recuperación del paciente y evitar las posibles secuelas que puedan desencadenarse tras este ictus. El ictus es una de las patologías más frecuentes en la actualidad, suele debutar a partir de los 60 años, aunque sí pueden aparecer en pacientes más jóvenes. Suele ser más en mujeres que en hombres debido a la menopausia y déficit de estrógenos. Se puede definir como que se trata de una patología (el ictus) en la que se produce una interrupción de la circulación sanguínea normal en el cerebro; bien por una isquemia, causa más frecuente (coágulo o estenosis arterial) o por una hemorragia. El ictus ocupa la tercera causa de muerte en el mundo occidental y la primera de invalidez permanente en adultos. Se puede hablar de la instauración rápida del tratamiento tras el diagnóstico precoz en el ictus, como el código ictus.

El paciente o familiar ante cualquier síntoma de afasia, disartria, desviación de la comisura labial, afectación, algún miembro, brazos o piernas en el que no puedan mover deberá llamar o acudir al centro médico más cercano para evitar que se alargue el tiempo para poder instaurar el tratamiento.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones que desempeña el profesional de enfermería ante un 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La enfermera, como cualquier profesional sanitario, debe conocer qué criterios de inclusión son los que pueden valorar si el paciente es susceptible al código ictus o no. Antiguamente, había una edad clave 65 años, pero en este rango pocos pacientes podrían beneficiarse de este código ictus. Con lo cual aumentaron la edad para poder atender a más pacientes en este código ictus. Otro criterio de inclusión es que el paciente no tenga ninguna patología paliativa y que tenga una esperanza de vida de más de 6 meses. El tiempo de evolución desde que sufre el ictus hasta la atención no debe ser mayor a 4, 5 horas.

La enfermera ante la llegada del código ictus estará esperando junto con los médicos y resto del equipo de urgencias al paciente. Se acostará al paciente y se acudirá rápidamente al escáner para detectar donde se encuentra el ictus y de qué tipo de ictus se trata.

La enfermera canalizará una vía periférica, iniciará la sueroterapia y por supuesto colocará el oxígeno y demás fármacos que pautó el médico que lo atenderá. Realizará una exploración neurológica a la vez que realiza todas las técnicas anteriores. También colocará las pegatinas para monitorizar al paciente y por supuesto también realizará un electrocardiograma para descartar otras patologías.

En la realización del escáner se podrá realizar una fibrinólisis o trombectomía, es decir, desobstruir la arteria o vena que está obstruida y está generando este ictus. Tras realizar este tratamiento se valorarán en unas horas las posibles lesiones o consecuencias que puede haber desencadenado el ictus. La enfermera registrará todo lo realizado en el programa informático en los planes de cuidados de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

El conocido código ictus es algo que debe conocer todo el personal que trabaja en urgencias, ya que se considera urgencia vital. Cada segundo que pase es un riesgo para las secuelas en el paciente.

La enfermera en este código desempeña un papel muy importante, porque es la persona que canaliza la vía para la posterior administración de fármacos. Monitorizará al paciente y valorará a este si ya presenta algún tipo de síntoma neurológico. En el ictus el tiempo es muy importante, por lo que el diagnóstico precoz evitará incluso la muerte del paciente. Todo lo realizado debe quedar registrado para no haber problemas en cuanto a la actuación que se ha realizado al paciente.

6 Bibliografía

1. Powers WJ et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2018;49(3):e46-e110.
2. Nogueira RG. TG DAWN Trial Investigators. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. *N Engl J Med*. doi: 10.1056/NEJMoa1706442.

Capítulo 22

ENFERMERÍA ANTE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y CÓMO SE PROCEDE ANTE ESTA ENFERMEDAD

PATRICIA FERNÁNDEZ DEL HOYO

TANIA CARRION

MARINA HERNANDO MARÍN

MARÍA CAMACHO SÁNCHEZ

CECILIA HERNANDO MARÍN

1 Introducción

El cáncer es la segunda enfermedad de muerte en el mundo, es una patología que no es buscada y que puede aparecer en cualquier zona corporal y por supuesto hasta la actualidad no existe la curación total.

El cáncer de mama puede aparecer en hombres como en mujeres, aunque es más frecuente en estas últimas. Los factores de riesgo que no se pueden modificar en el cáncer de mama, pueden ser la edad, mutaciones genéticas, antecedentes de familiares con cáncer de mama, etc.

Tras realizar las pruebas diagnósticas como la mamografía, pruebas de imagen, marcadores analíticos tumorales, etc. los pacientes que son diagnosticados con cáncer de mama, se les realizara una intervención quirúrgica denominada mastectomía. No siempre retiran toda la mama, en ocasiones solo realizan parcialmente la retirada.

El linfedema podrá aparecer cuando se acumula flujo linfático en tejidos blandos. Si el cáncer de mama se expande, tiende a afectar los nódulos linfáticos que drenan linfa desde la mama. El linfedema puede aparecer pronto después de la cirugía o puede tardar meses e incluso años en desarrollarse. Pudiendo provocar infección localizada en el edema o incluso extenderse a otras áreas del cuerpo. El impacto del paciente tanto en el diagnóstico como en el proceso de postmastectomía es algo que enfermería deberá apoyar, guiar y por supuesto escuchar al paciente con mucha empatía.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer qué tipos de cuidados o ayuda puede ofrecer o administrar enfermería en pacientes con cáncer de mama para evitar el linfedema.

3 Metodología

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

4 Resultados

La enfermera debe realizar la educación sanitaria de prevención del linfedema tras la cirugía inmediatamente. También debe conocer que factores o riesgo más frecuentes puede ver en caso de que la paciente pueda ser susceptible a padecer linfedema, como en caso de la mastectomía radical con ganglios axilares, tratamiento con radioterapia o quimioterapia con taxanos. Además para poder ayudar a los pacientes ante la prevención del linfedema aconsejará a estos: evitar la obesidad, para ello puede aconsejar dietas equilibradas, y evitar sedentarismo, consumo de tabaco o tóxicos. Una higiene correcta de la paciente evitará acúmulo de suciedad y también grasa de la cual está compuesto el linfedema. No es conveniente que la paciente se exponga ni al excesivo frío ni al calor, esto puede provocar una carga excesiva de linfa. No realizará ni cogerá pesos excesivos con la extremidad enferma.

La enfermera para la prevención del linfedema será controlar al paciente rutinariamente en consulta en la cual utilizará la circunferencia volumétrica. Por ello, la enfermera utilizará una cinta métrica para medir la extremidad principal. Después se medirá la otra extremidad, en caso de que haya diferencia de dos centímetros de la extremidad enferma a la sana hará intuir que existe linfedema. En cada consulta de enfermería que acuda la paciente, el profesional sanitario le realizara una serie de preguntas a esta para identificar si sufre también linfedema. La enfermera también puede aconsejar que acuda a fisioterapia para que el paciente realice ejercicios de prevención del linfedema.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama es la segunda causa de muerte en la actualidad, como se ha podido ver es más frecuente en mujeres que en hombres, aunque existe también en estos últimos nombrados. El linfedema es una complicación que puede aparecer tras la cirugía de la retirada de la mama radical, incluyendo ganglios linfáticos, es decir, la mastectomía.

Enfermería deberá aconsejar a estos pacientes todo tipo de cuidados, desde no exponerse al sol ni al frío, como el que no debe coger pesos con el brazo afectado. Además, en su consulta podrá comprobar si la paciente padece esta afección mediante preguntas que puede realizar a esta paciente y la medición de la cintra métrica del brazo enfermo diferencia ante el sano.

6 Bibliografía

1. Hinkle JL y Cheever KH. Brunner y Suddarth. Enfermería medicoquirúrgica, 14.ª edición. Barcelona: Wolters Kluwer; 2019.
2. Ortega-López, R.M., et al. Cuidado de enfermería en paciente postoperada de mastectomía: estudio de caso. Revista Cuidarte, 2014, vol. 5, nº 2, pág. 842-850.
3. Baena de Moraes, M.E., Alves de Moura, A. Raso, S., Giovanelli, T., Silva, M.A. Diagnósticos de enfermos postoperatorio de mastectomía. Esc Anna Nery 2013; 17 (2): 354-360.

Capítulo 23

ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON DRENAJE LUMBAR EXTERNO

MARTA MOYA GRIFO

OLGA PÉREZ SILES

AINHOA RUIZ MILLAN

RUBÉN PLANAS CALLES

MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL

1 Introducción

El drenaje lumbar externo (DLE) es un dispositivo colocado en la espalda del paciente a través de una punción que permite la extracción controlada de líquido cefalorraquídeo (LCR). El DLE se utiliza para abordar diferentes patologías y situaciones clínicas.

El LCR es un fluido biológico acuoso y transparente que discurre dentro del sistema nervioso central, que está compuesto por el cerebro y la médula espinal, por el espacio subaracnoideo, los ventrículos cerebrales y el canal medular central.

El LCR actúa como barrera amortiguadora en caso de traumatismos o lesiones, transporta los productos de desecho del cerebro y mantiene el medio interno. Se estima que el volumen de LCR es de 100 a 150 ml en condiciones normales. Se producen aproximadamente 500 ml diarios de manera continuada. El análisis de

LCR aporta información crucial en el diagnóstico de enfermedades infecciosas del sistema nervioso central, lesiones del cerebro o la médula espinal, trastornos del sistema inmunitario o tumores.

El DLE sirve como alternativa a la punción lumbar o a la colocación de un drenaje ventricular externo (DVE), siendo una técnica con menos riesgo de infección y daños neurológicos en comparación a este último. Sin embargo, la punción lumbar y el DLE están contraindicados en aquellas situaciones con sospecha o confirmación de hipertensión intracraneal, donde será de elección la colocación de un DVE.

2 Objetivos

- Establecer los cuidados necesarios para el manejo del drenaje lumbar externo por parte del personal de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

La técnica de colocación del DLE es un procedimiento invasivo que consiste en introducir un catéter a nivel lumbar, entre las vértebras L3 y L4, en el espacio subaracnoideo, persiguiendo la evacuación de LCR a través de un sistema colector cerrado y externo, consiguiendo así la disminución de la presión en las estructuras neuronales y evitando fugas de LCR. Esta técnica de colocación es realizada de manera estéril por un neurocirujano. Se puede realizar en quirófano bajo sedación o en la unidad de hospitalización con anestesia local.

Una vez insertado el DLE, el punto de inserción del catéter se fija mediante puntos de sutura a la piel y se coloca un apósito en el recorrido del mismo que lo fije a la piel. Se debe vigilar la posición correcta del transductor, que vendrá situado en el extremo del sistema del catéter lumbar y cuya posición correcta será a la altura de la aurícula derecha del corazón en la línea media axilar. Se debe valorar

el nivel de conciencia del paciente y el tamaño de las pupilas por turno para vigilar la aparición de signos de focalidad neurológica. Se recomienda mantener al paciente en posición de decúbito supino a 0°, pudiendo elevar el plano hasta 10°. Se debe observar el aspecto del LCR, ya que nos puede indicar: si es transparente, normalidad; si es turbio, aumento del contenido de células; si es rojo, hemorrágico, traumatismo o hemorragia; si es amarillo, xantocrómico, ictericia o aumento de proteínas.

A la hora de retirar el DLE, se extremarán las medidas de asepsia, se quitarán los puntos de sutura y se tirará con suavidad y de manera uniforme del drenaje.

Se observará que la punta del drenaje haya salido por completo, a fin de estar seguros de que no haya podido quedarse ninguna parte dentro. Se podrán colocar puntos de aproximación o un apósito estéril convencional y se indicará al paciente que permanezca en reposo en posición de decúbito supino durante al menos 2 horas para disminuir el riesgo de cefalea. Si apareciese la cefalea, se recomendará guardar reposo durante las 24 horas siguientes.

5 Discusión-Conclusión

El DLE se posiciona como opción alternativa para disminuir la presión del sistema nervioso central extrayendo LCR de manera controlada. Los profesionales de enfermería deben estar actualizados en el manejo de dispositivos externos, así como conocer los signos y los síntomas de alarma para avisar y adelantarse a posibles complicaciones y minimizar los efectos adversos. La vigilancia del estado neurológico, el estado del apósito de fijación, la altura del drenaje y el volumen o el aspecto del LCR es básica para el manejo óptimo del paciente con un DLE. La creación de protocolos específicos sobre el manejo del DLE refuerza la seguridad del paciente y afianza los conocimientos del personal de enfermería.

6 Bibliografía

1. Arrate V A, Ramírez L G, Jiménez E C, Contreras G F, González L M, Maldonado C F. Catéter de drenaje de líquido cefalorraquídeo: usos, técnica y complicaciones para el anestesiólogo. Rev Chil Anest [Internet]; 2020 [citado 23 mar 2023]; 49: 824-835. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv49n06-08/>.
2. Fetterman A, Jasmin L, Turley RK. Colocación de un drenaje lumbar [Internet]. San Diego: Health Library. University of California San Diego Health; 2021 [citado 23 mar 2023].

3. Grille P, Salle F, Biestro A. Drenaje lumbar externo en la unidad de cuidados intensivos. Actualización y guía de manejo clínico. Rev Méd Urug [Internet]. 2020.
4. Hospital Universitario Virgen de la Victoria (HUVV). Servicio Andaluz de Salud (SAS). Junta de Andalucía. Recomendaciones tras la realización de una punción lumbar. Recomendaciones para pacientes [Internet]. Málaga: Hospital Universitario Virgen de la Victoria (HUVV); 2014 [citado 23 mar 2023].
5. Intermountain Healthcare. Primary Children's Hospital. Hablemos acerca de... drenaje lumbar [Internet]. Utah: Intermountain Primary Children's Hospital; 2020 [citado 23 mar 2023].
6. Jimenez Megías M, Nogueras Ruiz N, Pinel González SE. Drenaje lumbar externo (DLE): nuestros pacientes preguntan. XXXVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Neurociencias [Internet]. 2014 [citado 23 mar 2023].
7. Joven Simón L, Hurtado Rubio V, Macos Blasco L, Duarte Alvero MB, Delgado Deza S, Catalán Navarro I. Drenaje ventricular externo. Cuidados y manejo de enfermería. Revista Sanitaria de Investigación. 2021.
8. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EEUU). Análisis del líquido cefalorraquídeo; [actualizado 3 ago 2022; citado 23 mar 2023].

Capítulo 24

ALIVIAR EL SUFRIMIENTO EN LA UNIDAD PALIATIVA POR PARTE DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

MARTA MOYA GRIFO

OLGA PÉREZ SILES

AINHOA RUIZ MILLAN

RUBÉN PLANAS CALLES

MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL

1 Introducción

Los cuidados paliativos tienen como finalidad aliviar el sufrimiento del paciente ofreciendo un cuidado holístico cuya finalidad es mejorar la calidad de vida de los pacientes que lo precisen. Estos cuidados son principalmente utilizados cuando las medidas curativas no son eficaces.

Debido al envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas e invalidantes, la aplicación de estos cuidados está siendo cada vez más utilizado. No obstante, se estima que aproximadamente solo el 14% reciben estos cuidados. Este se debe en gran medida a la falta de conocimiento sobre estos cuidados por parte del personal sanitario y a la creencia de que solo deben ser utilizados en la etapa final de la vida.

Una de las principales características que presentan los pacientes paliativos es el dolor. Para aliviarlo se utilizan analgésicos siendo la vía oral la más utilizada. No obstante, esta vía no siempre es viable por las condiciones y estado general del paciente siendo la vía subcutánea una de las mejores alternativas. Esta presenta múltiples ventajas tanto para el paciente como para el personal de enfermería que administre la medicación, ya que es poco lesiva, fácil de utilizar, cómoda para el paciente y puede insertarse en diferentes regiones (abdomen, zona escapular e infraclavicular entre otras).

2 Objetivos

Aumentar el conocimiento por parte del personal de enfermería sobre el uso y beneficios de la palomilla subcutánea en los pacientes paliativos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se realizó una búsqueda bibliográfica entre los meses de febrero y marzo de 2023 en las siguientes bases de datos: Scielo, Pubmed y Google Académico. Se usaron como palabras claves “palomilla subcutánea”, “enfermo terminal” y “sedación paliativa”. Se seleccionaron aquellos artículos en español y tuvieran acceso a texto completo. Se descartaron todos aquellos artículos anteriores 2020 o cuya información no fuera relevante para la elaboración de nuestro capítulo.

4 Resultados

La vía subcutánea se utiliza como alternativa a la vía oral cuando esta no es viable por el estado general del paciente. El lugar de punción y su uso se basan en la valoración integral del paciente, el tipo de fármacos a utilizar y el volumen de estos.

Entre las principales ventajas de su uso encontramos:

- Fácil aceptación por parte del paciente y de la familia.
- Evita la pérdida de autonomía por parte del paciente.
- Disminuye el número de ingresos en el hospital, ya que puede ser utilizado en el domicilio con un adecuado entrenamiento de la familia ofreciendo un mayor confort para el paciente.
- Su colocación y uso son sencillos.

- Presentan menos complicaciones que las vías venosas periféricas y es una técnica menos lesiva debido al calibre de la palomilla.
- Aumenta el ahorro sanitario debido al bajo coste de estos dispositivos.
- Permite la administración de pequeños volúmenes y la mezcla de determinados fármacos entre sí.

En cuanto a las desventajas, destacamos:

- No pueden administrarse grandes volúmenes (< 3 l/día).
- Determinados fármacos no pueden administrarse a la vez como es el caso de la dexametasona que, en el caso de utilizarse por vía subcutánea, debe reservarse una única palomilla para ello.
- La absorción del fármaco puede verse influida por la composición corporal y estado general del paciente.
- Puede salirse de manera accidental.
- Podrían aparecer reacciones cutáneas como eritema, dolor, edema, infección, hematoma o reacciones alérgicas. Si apareciera algún tipo de complicación, debería cambiarse.

Se consideran contraindicaciones relativas de esta vía a:

- Falta de adaptación del paciente.
- Reacciones cutáneas de repetición en el punto de inserción o cerca de este.
- Estados de shock, hipoperfusión o radioterapia cerca de la zona de inserción.

Atendiendo a la valoración integral del paciente, el lugar de punción recomendado es:

- Abdomen: indicado en infusión subcutánea continua por el aumento del lugar de absorción. De elección en pacientes con excesiva desnutrición.
- Región infraclavicular: indicado en infusión continua. Es una de las regiones más cómodas en las que no suelen aparecer complicaciones.
- Región escapular: indicada en pacientes agitados para evitar que puedan arrancarsela.
- Región deltoidea y anterolateral de los muslos: solo se indica para infusiones intermitentes debido a que son regiones más dolorosas para el paciente.

En cuanto al calibre de la palomilla se recomienda entre 21G a 25G dependiendo de la finalidad.

Existen 2 tipos de administración de medicación por vía sc:

- Infusión intermitente: se administra la medicación cuando se precisa. Produce picos de analgesia y puede conllevar al aumento de efectos adversos.
- Infusión continua: consiste en la liberación del fármaco poco a poco y de forma continuada. Puede utilizarse con infusores, bombas o por microgoteo. Este tipo

de administración permite un mejor control del dolor. El ritmo de infusión recomendados es de 3-7 ml/min.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la necesidad de aplicar cuidados paliativos está aumentando debido al incremento de las enfermedades crónicas e invalidantes. La vía oral es la más utilizada en estos pacientes, no obstante, cuando esta es inviable por las condiciones generales del paciente, la vía subcutánea resulta una buena alternativa en pacientes paliativos por sus múltiples ventajas como por ejemplo que resulta poco lesiva, es cómoda para el paciente y es fácil de usar.

El aumento del conocimiento sobre su uso resulta de vital importancia por parte del personal sanitario y, en concreto, por parte del personal de enfermería, ya que mejora la calidad de vida del paciente cuando las medidas curativas no son eficaces.

6 Bibliografía

1. Acedo Claro Clementina, Rodríguez Martín Bárbara. Sedación paliativa. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2021 [citado 2023 Mar 27] ; 14(2): 93-97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200009&lng=es
2. Martínez Sampedro, P., Miranda Cebrián N., Salas García, A., Gasca Tizné, G., Pes Rey, B y Reyes López, A. Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos del paciente hospitalizado. Revista Sanitaria de Investigación (RSI).[Internet]. 2021 (consultado: 10 marzo de 2023. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/uso-de-la-via-subcutanea-en-los-cuidados-paliativos-del-paciente-hospitalario/>
3. Rial Carrillo, I., Martínez-Santos, A.-E., & Rodríguez-González, R. (2020). Características del empleo de la vía subcutánea para la administración de medicamentos en pacientes en cuidados paliativos. Index de Enfermería, 29(1-2), 37-41. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962020000100009>
4. Auría, G, Cabrero, A, Narvión, A, Ortega V y Puértolas, Y. Guía de práctica clínica para el manejo de la vía subcutánea. Aragón. 2020. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2021/01/gpc_606_via_subcutanea_compl.pdf

Capítulo 25

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ICTUS AGUDO

MARTA MOYA GRIFO

OLGA PÉREZ SILES

AINHOA RUIZ MILLAN

RUBÉN PLANAS CALLES

MIGUEL ÁNGEL RUEDA MONTIEL

1 Introducción

- Se denomina ictus al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo.
- El ICTUS es considerado como la segunda causa de muerte en los países desarrollados. Además, es considerado por muchos estudios como la primera causa de invalidez en el adulto y segunda causa de demencia.
- Se denomina Código Ictus (CI) al procedimiento basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ictus, con la consiguiente priorización de cuidados y traslado inmediato a un hospital con UI para poder beneficiarse de una terapia de reperusión.
- Existen dos líneas de tratamiento para el ictus agudo. La primera es la terapia intravascular (TIV o fibrinólisis) y la segunda es la terapia endovascular (TEV).

- Ante la existencia confirmada de oclusión de gran vaso, la reducción de la demora hasta el inicio del tratamiento se considera de vital importancia (1)(2)(3)(4). Los criterios de inclusión y las principales características de los pacientes incluidos en el grupo de TEV dependen del tiempo de inicio de síntomas.
- El Ictus es una patología que supone un gran impacto, no solo por su mortalidad, sino también por las consecuencias que tiene para las personas que sobreviven.
- Al tratarse de una patología tiempo-dependiente el principal objetivo es la re-canalización precoz (6).

2 Objetivos

Describir a partir de un caso clínico el papel de enfermería en el cuidado del paciente con ictus isquémico agudo tras la terapia endovascular (TEV).

3 Caso clínico

Varón de 75 años que ingresa en la Unidad de Ictus por Ictus isquémico agudo de la arteria cerebral media izquierda (ACMI).

Se trata de un paciente previamente autónomo para las actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD). Entre sus antecedentes personales de interés destacan: Hipertensión Arterial (HTA) y Colesterol.

Tras la valoración por parte del servicio de urgencias extrahospitalarias se lleva a cabo la activación del código ictus. En primer lugar el paciente es recibido en urgencias, donde se le realizan una serie de pruebas complementarias: analítica de sangre (AS), INR, glucemia capilar, ECG de 12 derivaciones y se monitorizan constantes vitales: tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), saturación de oxígeno (Sat O₂) y temperatura (t^a). Se realiza una nueva valoración neurológica por parte del neurólogo responsable y es llevado rápidamente al escaner. Allí se realiza un TAC y AngioTAC.

Tras descartar hemorragia y visualizarse trombo, se inicia fibrinólisis y se traslada al paciente al angiógrafo para realizarle la TEV.

Tras su estancia en la unidad de recuperación postanestésica el paciente es ingresado en la unidad de ictus.

De nuevo se procede a la monitorización: TA, FC, Sat O₂, monitorización electrocardiográfica, t^a y glucemia capilar. Se realiza la valoración neurológica por parte del personal de enfermería mediante la escala NIHSS (National Institute of Health Stroke Score) y se comprueba la correcta perfusión de la extremidad.

Centrándonos en los cuidados de enfermería derivados de la TEV se explora la extremidad del paciente: la punción se ha realizado en la extremidad inferior derecha. El apósito se encuentra limpio por lo que se descarta sangrado externo. La extremidad no presenta signos de trombosis y la extremidad está sin frialdad ni palidez.

PLANIFICACIÓN/EJECUCIÓN:

Tras la valoración integral del paciente, se procede a la planificación de los cuidados en base a los riesgos detectados tras la realización de la TEV.

1. NANDA [00206] Riesgo de sangrado m/p terapia endovascular

NOC [0413] Severidad de la pérdida de sangre:

- [41301] Pérdida sanguínea visible
- [41310] Disminución de la presión arterial diastólica
- [41309] Disminución de la presión arterial sistólica
- [41313] Palidez de piel y mucosas

NIC 4010 Prevención de hemorragia

Actividades:

- Vigilar de cerca al paciente para detectar signos y síntomas de hemorragia interna y externa (distensión o hinchazón de la parte del cuerpo afectada, sangre en los apósitos, acumulación de sangre debajo del paciente).
- Monitorizar los signos y síntomas de sangrado persistente (hipotensión, pulso débil y rápido, piel fría y húmeda, respiración rápida, inquietud).
- Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia (aparición de moratones) y sobre las acciones apropiadas (avisar al personal de enfermería), si se producen hemorragias.
- Control postural: Reposo absoluto durante 6h y relativo durante 24h siguientes.
- Mantener extremidad sin flexionar durante las primera 6h post procedimiento.

2. NANDA: [00228] Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz m/p terapia endovascular

NOC 0407 Perfusión tisular periférica

- [40710] Temperatura de extremidades caliente
- [40716] Llenado capilar de los dedos de los pies
- [40713] Dolor localizado en extremidades
- [40738] Fuerza del pulso pedio (derecho)
- [40742] Hormigueo
- [40743] Palidez
- [40748] Parestesia

NIC 4070 Precauciones circulatorias

Actividades:

- Realizar una evaluación exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad).
- Instruir al paciente sobre los signos y síntomas indicativos de la necesidad de cuidados urgentes (dolor, pérdida de la sensibilidad).

4 Discusión-Conclusión

Para evitar complicaciones a corto y largo plazo es importante realizar una valoración correcta a través de un plan de cuidados. Por ello, se llevó a cabo una vigilancia neurovascular y hemodinámica constante, tal y como menciona la evidencia actual

Al haber sido tratado con fibrinólisis es razonable que dicha monitorización se realice rutinariamente, ya que el fármaco utilizado aumenta el riesgo de sangrado. Además de la vigilancia de la extremidad es importante que el paciente se mantenga en decúbito supino, sin flexionar la extremidad, extremando la precaución en las movilizaciones. También es importante no incorporar el cabecero, para evitar un aumento de presión y posible sangrado.

CONCLUSIONES

La estandarización conduce a una disminución de los errores; por lo tanto, es razonable que enfermería monitorice signos vitales y vasculares.

El papel de enfermería es controlar y vigilar las posibles complicaciones derivadas de dicho tratamiento.

Los cambios que se produzcan deben ser registrados, documentados y puestos en conocimiento del médico responsable para llevar a cabo medidas adecuadas y evitar el empeoramiento de los pacientes .

5 Bibliografía

(1) Aymerich Soler N, Zandio Amorena B, Ibarra Bolt A, Encina Aguirre Y, Viera Galán O, Bermejo Garcés R, et al. Documento código ictus información para profesionales sobre el abordaje a pacientes con ictus. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiE_KPqjTL9AhWXhf0HHRcxAysQFnoECBkQAQ&url=https%3A%2F%2Fadministracionelectronica.navarra.es%2FAccesoFicheros%2FDownloadFile.aspx%3FcodigoAcceso%3DPortalDeSalud%26fichero%3DPlan%2520de%2520Salud%2520DOCUMENTO%2520CODIGO%2520ICTUS%2520V2.1%2520JUNIO%25202021%2520alta.pdf&usg=AOvVaw3mIRhApoV5IjjkIM_FCooC.

- (2) Regueira Gonzalez R. Manejo del Ictus en el Servicio de Urgencias. Badajoz. 2016.
- (3) Alonso Lasheras E, Baldi Borelli JS, Buceta Cacabelos E, Cabrera González A, Espino Arencibia JC, García Jorge V et al. Guía de atención al ictus. Servicio Canario de Salud.
- (4) Alonso de Leciñana M, Ximénez-Carrillo A, García Pastor A, Cruz-Culebras A, Kawiorski M. Protocolo para el tratamiento endovascular en el ictus isquémico agudo documento de consenso plan de atención del ictus comunidad de Madrid. Versión 2 2015.
- (5) Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 2019; 50:e344–e418.
- (6) Pareja A, Bosca M, Galiano R, Chamarro R, Gil R, Ponz A, Campins A et al. Guía de tratamiento del ictus isquémico en fase aguda. Edición 2018. Madrid.
- (7) Joyce S, White P, Buchan A. Complications of endovascular treatment for acute ischemic stroke: prevention and management. Noviembre 2017. Vol 13.
- (8) Rodgers M, Fox E, Tamer, A, Franker L, Jonhson BJ, Kircner-Sullivan, CMar-den FCare of the Patient With Acute Ischemic Stroke (Endovascular/Intensive Care Unit-Postinterventional Therapy): Update to 2009 Comprehensive Nursing Care Scientific Statement A Scientific Statement. AHA Scientific statement.

Capítulo 26

ACTUACION DE ENFERMERÍA EN UNA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

MARIA ESTER SANCHEZ ROMER

MARIA E. AGUILAR RICO

ANA ISABEL CANTOS APARICIO

MIRIAM SORIA GIL

AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ

1 Introducción

La cardioversión es un tipo de terapia que tiene como objetivo revertir diferentes trastornos del ritmo cardíaco a ritmo sinusal mediante un choque eléctrico sobre el paciente. Se trata de un tratamiento con una amplia trayectoria debido a su fácil y rápida ejecución, alta eficacia y bajos costes.

La cardioversión (CV) se utiliza para revertir fibrilación auricular (FA), flutter auricular (FLA), taquicardia supraventricular (TSV) y taquicardia ventricular con pulso (TV). Esta técnica se puede realizar de forma urgente o programada, si la situación del paciente lo requiere.

Los pacientes pueden presentar distintos tipos de alteración del ritmo cardíaco, muy rápido (taquicardia), muy lento (bradicardia) o de manera irregular.

La energía que se aplica mediante la cardioversión provoca una despolarización de todas las células del miocardio, su éxito dependerá de la densidad de corriente alcanzada así como de la patología subyacente.

Los síntomas que pueden aparecer en los pacientes que presentan alteraciones en el ritmo cardíaco, son: dolor torácico, mareos, sudoración, hipotensión, alteración del estado neurológico, pérdida del conocimiento o palpitaciones si la frecuencia cardíaca está aumentada.

Esta terapia tiene su inicio en los años 50 y se ha mantenido hasta nuestros días como tratamiento de elección para restablecer el ritmo sinusal de forma segura.

2 Objetivos

- Exponer los conocimientos necesarios para identificar los signos y síntomas de las arritmias subsidiarias de una cardioversión.
- Conocer los cuidados de enfermería durante y post cardioversión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 cardioversión (CV) es un procedimiento frecuentemente utilizado en el ámbito hospitalario y por las unidades de emergencias móviles. Es por ello, que el personal de enfermería, debe entender y dominar esta técnica para su correcta realización y prevenir sus posibles complicaciones.

Existen dos tipos de cardioversión:

1- Cardioversión farmacológica (CVF): trata de revertir a ritmo sinusal algunas arritmias por medio de tratamiento farmacológico, concretamente antiarrítmicos. La CVF restaura el ritmo sinusal en aproximadamente el 50% de pacientes con FA de reciente comienzo.

2- Cardioversión eléctrica (CVE): es la más utilizada de las dos, consiste en restablecer el ritmo sinusal por medio de una descarga eléctrica. Es más rápida y efectiva.

Los cuidados de enfermería a llevar a cabo durante la cardioversión eléctrica son:

- Informar al paciente del procedimiento que se le va a realizar.

- Colocar al paciente en decúbito supino con el torso totalmente desnudo.
- Comprobar la permeabilidad de la vía venosa y mantenerla con una perfusión de suero fisiológico al 0.9%.
- Monitorización del paciente con el monitor/desfibrilador, seleccionando la derivación electrocardiográfica que muestre la onda R de mayor amplitud.
- Constatar la persistencia de la arritmia.
- Activar el modo de sincronización en el monitor/desfibrilador.
- Registrar las constantes vitales durante el procedimiento.
- Administrar oxígeno con mascarilla tipo Venturi al 50%.
- Administrar sedación bajo indicación médica.
- Seleccionar el voltaje para administrar la descarga eléctrica (entre 120 y 200 J).
- Administrar gel conductor a las palas.
- Colocar las palas en posición antero-posterior en el tórax del paciente y esperar a identificar la onda R.
- Presionar las palas sobre el tórax y apretar el botón de carga (avisar previamente de la descarga).
- Comprobar el ritmo del paciente tras la descarga, si la arritmia persiste se repite la descarga hasta un máximo de tres a máxima energía.
- Realizar electrocardiograma para comprobar que el paciente ha entrado en ritmo sinusal.
- Mantener la oxigenoterapia hasta que aumente el nivel de conciencia.
- Valorar la piel por posibles quemaduras y aplicar de forma preventiva Sulfadiazina de plata.
- Retirada, limpieza y reposición del material utilizado.
- Registro de todo el procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

La cardioversión eléctrica es una técnica muy utilizada en el ámbito hospitalario, por ello resulta fundamental que el personal sanitario en general y la enfermería en particular, estén familiarizados con este procedimiento. La enfermería juega un importante papel identificando de manera precoz cualquier arritmia subsidiaria de esta técnica, siendo el facultativo el que la realiza.

El personal de enfermería atenderá al paciente durante todo el proceso, proporcionando calma, tranquilidad, seguridad y administrando analgesia si fuera necesario.

La correcta actuación por parte de todo el personal sanitario favorecerá que el procedimiento de la cardioversión sea rápido, sin errores para garantizar el éxito.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Morales M, Cabrerizo Sanz MP, Matas Avellá M (eds.). Manual de Enfermería en arritmias y electrofisiología. 1ed. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2013.
2. Viana-Zulaica C. Guía Clínica de fibrilación auricular (Internet). 2014. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clínicas/fibrilación-auricular/>.
3. Domínguez M, Fernández A, García M. Cardioversión eléctrica. En: Hospital Virgen de las Nieves, editor. Manual de protocolos y procedimientos de la actuación de enfermería en urgencias. Granada: Hospital Virgen de las Nieves; 2013. p. 73-84.

Capítulo 27

GUÍA PRÁCTICA DE PRIMEROS AUXILIOS

CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ

PILAR GONZÁLEZ SÁNCHEZ

BEATRIZ PEREZ SANCHEZ

MARIA LOPEZ CHAVARRIA

RAÚL YELA SÁNCHEZ

1 Introducción

Aunque la primera reanimación exitosa documentada, se remonta al año 896 a.C. (representada en jeroglíficos mayas), los orígenes del concepto de “primeros auxilios” se remontan a 1870, cuando durante la Guerra Franco-Germana, el cirujano militar Johannes Friedrich August von Esmarch llevaba una caja de primeros auxilios (botiquín) al campo de batalla. Este médico, con amplias habilidades en gestión hospitalaria, impartió clases en primeros auxilios para todo el personal tanto militar como civil. Las técnicas han evolucionado con el tiempo pero se mantienen los tres objetivos que deben cumplir los primeros auxilios como son: proteger la vida, prevenir lesiones graves y promover la recuperación. Es lo que llaman cumplir con las “3 Ps”. El conocimiento y las habilidades de primeros auxilios son importantes porque pueden ocurrir emergencias sin previo aviso. Idealmente, todos deberíamos poseer las habilidades, el conocimiento y la confianza

para ayudar a otras personas y posiblemente salvarles la vida. Los primeros auxilios puede involucrar a un extraño, pero lo más probable es que sea un familiar o un amigo cercano el que necesite su ayuda. Por ello, es importante prestar los primeros auxilios adecuadamente ya que su efecto aliviará el sufrimiento del herido y facilitará la labor del médico. Existen muchas publicaciones y bibliografías sobre este tema pero nos centraremos en las siguientes: Diabetes, Reacción anafiláctica, Asma, Neumotórax espontáneo, Hiperventilación, Inhalación de humo y gas, Urgencias cardiovasculares, Ictus, Síncopes, Epilepsias y Convulsiones. En la atención en urgencias se sigue la regla DRABCD que corresponden a las siglas en inglés de danger (evaluar el peligro), response (preguntar a la víctima), airway (comprobar vía aérea), breathing (comprobar respiración), CPR (iniciar maniobra cardiopulmonar o RCP) y defibrillation (aplicar descarga eléctrica).

2 Objetivos

- Repasar los conceptos más importantes en cada situación de emergencia médica.
- Desarrollar e interiorizar las acciones necesarias para llevarlas a cabo con éxito.
- Tratar con más confianza y brindar primeros auxilios de manera más efectiva a alguien que sufre una emergencia o una enfermedad repentina como dolor en el pecho o una reacción alérgica.

3 Metodología

Ha sido necesaria la búsqueda bibliográfica en internet, revistas sanitarias y libros publicados y un posterior trabajo para adecuar toda la información obtenida en una lectura sencilla y didáctica para poder cumplir con los objetivos fijados. Palabras claves utilizadas: primeros auxilios, urgencias y emergencias, first aid, medical emergencies.

4 Resultados

DIABETES: Enfermedad causada por una alteración en el páncreas. Durante el proceso de la digestión, nuestro organismo transforma los alimentos en azúcares que serán absorbidos por el torrente sanguíneo. En una persona sana, el páncreas produce insulina para convertir estos azúcares en energía. En un diabético, la producción de insulina se ve alterada, el azúcar se acumula en sangre y las células

no obtienen la energía que necesitan para una correcta función. Existen dos tipos de diabetes: TIPO 1, conocido como insulina-dependiente, debido a que la causa es un proceso autoinmune que conlleva a una falta de producción de insulina. Todos estos pacientes necesitan administrarse insulina para sobrevivir. TIPO 2, formalmente conocida como no insulina dependiente y está asociada a factores como obesidad, estilo de vida y genética. El tratamiento consiste en control de la dieta, medicación y cuando no es efectivo, insulina. Es importante monitorizar la dieta, el ejercicio y el nivel de glucemia en sangre. Para ello, muchos diabéticos usan el glucómetro para medir el nivel de azúcar a partir de una gota de sangre. En las emergencias diabéticas nos podemos encontrar con hipoglucemia (mareo, debilidad, temblores, hambre, palidez, taquicardia, sudoración, entumecimiento en labios y dedos, apariencia confusa o agresiva y en alto grado, pérdida del conocimiento) o con hiperglucemia (sensación de sed, poliuria, pulso rápido, somnolencia, aliento con olor a acetona, mareo, debilidad e inconsciencia). En ambos casos, utilizar la regla DRABCD y llamar al 112. Si se sabe que es debido a una hipoglucemia, administrar azúcar o glucosa cada quince minutos hasta que lleguen los efectivos o mejore el paciente. Una vez recuperado, dar un sandwich o bocadillo. Aflojar la ropa apretada. En caso de hiperglucemia, si el paciente está consciente, ayudarle a administrarse la insulina. Ante la duda si es un caso u otro, facilitar a la persona una bebida que contenga azúcar ya que esto le puede salvar la vida. Si la persona está sufriendo una hipoglucemia, los niveles se elevarán y se recuperará. Si lo que tiene es una hiperglucemia, no le causaremos más daño.

REACCIÓN ANAFILÁCTICA: ocurre cuando el sistema inmune de una persona reacciona contra algo del ambiente. Puede ser a medicación, picaduras de insectos, polen, animales, hongos, ácaros, comida o productos químicos. La presión sanguínea desciende rápidamente y cuesta respirar. La cara, lengua y cuello se hinchan aumentando el riesgo de asfixia, reduciendo la cantidad de oxígeno que llega a órganos vitales como el corazón, los pulmones y el cerebro. Ante una emergencia, seguir la regla DRABCD y llamar al 112. Preguntar al paciente si lleva adrenalina consigo y administrarla. Mantenerle en una posición sentada, controlar la tensión arterial y posible pérdida de conciencia.

ASMA: Es la situación en la que los bronquios sufren espasmos y se vuelven más estrechos. Esto junto al exceso de moco, causa la dificultad respiratoria. Los factores que desencadenan un ataque de asma son el ejercicio, infecciones respiratorias, alergias, cambio repentino en las condiciones climática (sobre todo el aire frío), ansiedad, polvo, humo, algunos aditivos y/o conservantes. Estos factores desencadenan inflamación, estrechez y exceso de producción de moco de

las vías aéreas. Los síntomas que manifiesta el paciente son sibilancias, opresión en el pecho, dificultad respiratoria y tos. Ante una emergencia, seguir la regla DRABCD y llamar al 112. Colocar al paciente en posición sentada y nunca dejarle sólo. Si tenemos inhaladores a mano (Turbuhaler, Autohaler, Accuhaler, Nebuliser), aplicar la medicación. Para ello, rodear la boquilla con los labios, coger aire lenta y constantemente por la boca presionando el cartucho justo al comienzo de la respiración. Cuando sus pulmones estén completamente llenos, contenga la respiración. Si se usa una cámara espaciadora, no será necesario sincronizar la respiración con la pulsación.

NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO: Puede ocurrir en cualquier persona sana sin ninguna causa aparente. Puede ser debido a un violento ataque de tos, por un ataque de asma o por una infección pulmonar. Los síntomas son similares a un colapso de los pulmones: dolor por debajo del omoplato del lado afectado que empeora con las respiraciones, dificultad respiratoria, no movimiento o está restringido de la pared pulmonar el lado afectado, pulso rápido y débil, piel cianótica. El neumotórax puede afectar a uno o a los dos pulmones. Ante una emergencia, seguir la regla DRABCD y llamar al 112. Colocar al paciente en una posición cómoda y tranquilizarle. Monitorizar los signos vitales y proporcionar oxígeno.

HIPERVENTILACIÓN: Cuando la persona está hiperventilando, debido a ansiedad y/o estrés, se produce un desequilibrio en sangre entre los niveles de oxígeno y dióxido de carbono, aumentando los niveles de éste último. Otras causas son golpe en cabeza, fallo cardíaco, sangrado, colapso pulmonar, algunos venenos o crisis diabética. Como resultado, la persona comienza a presentar respiración superficial y rápida, pulso rápido, sensación de asfixia, mareos, hormigueo o espasmos dramáticos involuntarios en manos y pies. Ante una emergencia, mantener la calma y ofrecer ayuda., seguir la regla DRABCD y llamar al 112. Buscar un lugar tranquilo y privado. Animar a que respire despacio, de forma regular y explicarle que los síntomas cederán cuando comience a respirar normal. El colocar una bolsa de papel para que respire a través de ella, ayuda en la mejora de los síntomas ya que ayudamos a que aumenten los niveles de CO₂.

INHALACIÓN DE HUMO Y GAS: la inhalación de gases tóxicos y humo pueden ser causantes de una emergencia médica. Tanto una fuga de gas como un fuego pueden originar que el nivel de oxígeno en el aire sea peligrosamente bajo. Asimismo, el humo puede provocar inflamación y quemaduras en las vías aéreas. Por ello, es importante que la víctima reciba ayuda médica lo antes posible. Los

signos y síntomas varían desde dificultad respiratoria, piel pálida a cianótica, quemaduras alrededor de boca y nariz, confusión, desorientación, llegando a pérdida de conciencia y muerte. Ante una emergencia, seguir la regla DRABCD y llamar al 112. Tras la llamada, sacar con seguridad a la víctima lejos de la exposición del ambiente tóxico y llevarla a un lugar seguro y con aire fresco. A continuación, mantener a la persona sentada, aflojarle las prendas ajustadas y retirarle aquellas que mantienen el calor y/o desprenden humo. Si tenemos oxígeno a mano, administrar a flujo alto. Si dejase de respirar, comenzar con las maniobras de RCP.

URGENCIAS CARDIOVASCULARES: Los problemas cardiovasculares pueden aparecer a cualquier edad habiendo mayor incidencia en el género masculino, en personas con perfil socioeconómico bajo y con antecedentes familiares. Los factores desencadenantes son obesidad, alimentación poco saludable, hipertensión, tabaco, colesterol, diabetes y predisposición genética. Ante la presencia de un ataque al corazón, seguir la regla DRABCD y llamar al 112. Recomendar a la víctima que deje inmediatamente lo que esté haciendo y que repose. Ayudarlo a que se siente o tumbarle y buscar la postura que le genere más alivio. Desde el 112 van ayudando hasta que lleguen los efectivos, por lo que no cuelgues el teléfono. Afloja la ropa ajustada y proporciona 300 mg de aspirina con agua si la persona no es alérgica a este medicamento. Toma la constantes y estate preparado para iniciar una posible maniobra de RCP si la persona pierde la conciencia.

ICTUS: Ocurre cuando una arteria que lleva sangre al cerebro se bloquea o revienta. La mayoría de los casos es causado por la presencia de un coágulo que bloquea la luz del vaso. Como resultado, se produce daño en las células cerebrales y esa parte del cerebro se paraliza. Para poder identificar un ictus, estos son los signos y síntomas más relevantes: disminución repentina del nivel de la conciencia, debilidad o parálisis especialmente en un lado del cuerpo, hormigueo en cara, brazo y pierna, dificultad para hablar o comprensiva, visión borrosa, pérdida del equilibrio y confusión. Ante una sospecha por ictus, seguir la regla DRABCD y llamar al 112. El tiempo transcurrido es crucial para evitar daños mayores e irreversibles. Colocar al paciente en una posición segura, poner una almohada para apoyar la cabeza y los hombros, aflojar cinturón, mantener la temperatura corporal, limpiar y retirar posibles secreciones de la boca y asegurarse de tener las vías aéreas limpias y abiertas.

SÍNCOPE VAGAL: Es una pérdida parcial o completa de la conciencia causada por una reducción temporal del flujo sanguíneo al cerebro. La causa suele ser

diversa desde shock emocional, dolor, agotamiento, falta de alimento, hasta por permanecer de pie inmóvil en ambiente caluroso. Los síntomas son mareo, náuseas, piel pálida, húmeda y fría, entumecimiento en dedos. Normalmente la recuperación es espontánea, en segundos sin mayor consecuencia. Pero si se repite, hay que estudiar el caso ya que puede ser consecuencia de alguna patología. Ante un síncope presenciado, seguir la regla DRABCD y llamar al 112. Mantener a la persona en decúbito supino con los miembros inferiores elevados. Aflojar toda ropa ajustada y comprobar y mantener al vía aérea permeable. Nunca sientes a la persona en una silla con la cabeza entre las piernas.

EPILEPSIAS Y CONVULSIONES: La epilepsia es una alteración del cerebro caracterizado por una tendencia a tener convulsiones seguidas sin causa justificada y prolongadas en el tiempo. Las convulsiones pueden variar desde leves lapsos de atención a fuertes y prolongadas sacudidas musculares. Las convulsiones son descargas eléctricas excesivas, generalmente breves y repentinas en las neuronas. Algunas veces compromete a todo el cerebro y otras sólo a una parte de él. Los signos y síntomas dependerán por tanto de en qué parte del cerebro se inicia y de cómo de rápido es su propagación. Pero no todas las convulsiones son epilepsia. No son consideradas epilepsias aquellas convulsiones con causa como herida en la cabeza, hipotermia, tumor cerebral, envenenamiento, sobredosis, infecciones graves y/o falta de oxígeno o sangre al cerebro. Durante la convulsión, NO trate de sujetar a la persona, NO introduzca nada en su boca, NO mueva a la persona a no ser que haya peligro, almohadilla la zona de la cabeza y los hombros. Después de la convulsión, llame al 112 e inicie las reglas DRABCD. Mantén la vía aérea permeable y colocar al paciente en posición de seguridad tan pronto como las convulsiones hayan cesado. Es posible que durante la convulsión, la persona haya vomitado y/o miccionado. Si la persona queda dormida, no molestarla y tan sólo comprobar signos vitales. Siempre llamar al 112 si la convulsión dura más de 5 minutos, es seguida de otras, la persona queda herida o tiene historial de diabetes.

5 Discusión-Conclusión

Es importante seguir los procedimientos de primeros auxilios para reducir el dolor y evitar complicaciones que pueden llegar a provocar incapacidades e incluso la muerte. La técnica con la que brindamos los primeros auxilios tiene un impacto decisivo en la vida del paciente. La gestión adecuada reducirá el sufrimiento de la víctima y facilitará la labor del servicio médico cuando llegue al lugar. En to-

dos los casos mencionados anteriormente, hay unas actuaciones en común como son mantener la calma, actuar rápidamente, manejar al paciente con suavidad y precaución, tranquilizarle y darle ánimos. Es muy importante activar al servicio de emergencias llamando al 112. Esta llamada debe de realizarse dentro de los primeros minutos tras una evaluación inicial de la situación. El personal médico del 112 proporciona asistencia telefónica e indicaciones de manejo por lo que la llamada no debe interrumpirse. Después de evaluar la situación, se comprueba que la persona no sigue en peligro. Además se verifica el nivel de conciencia haciendo preguntas y viendo si responde. Si se pierde el conocimiento, se revisarán las vías respiratorias y la respiración para ver si están claras, y en caso contrario, se procederá a realizar la reanimación cardiopulmonar (RCP). Si hay monitor disponible, se procederá a monitorizarle y en caso necesario, se aplicará las descargas eléctricas.

6 Bibliografía

1. Antonio Gabriel Quintero Mojica. Artículo de historia: Johannes Friedrich August von Esmarch. (1823-1908) [Internet] [consultado 23 julio 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2007/or074n.pdf>
2. Mauricio-josé schwarz. Los primeros auxilios nacieron en la guerra [Internet]. El Correo. 2022 [consultado 23 julio 2022]. Disponible en: <https://www.elcorreo.com/ciencia/vida/primeros-auxilios-nacieron-20220226160132-ntrc.html>
3. Andrés Climent Rubio. Emergencias en Atención Primaria. José Ramón Martínez-Riera/Rafael del Pino Casado. Manual práctico de enfermería comunitaria. 2ª edición. Barcelona. Elsevier. 2021. p. 224-27.
4. Cómo usar un inhalador presurizado [Internet]. SEMES. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (SEMES); 2019 [consultado el 28 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.semes.org/semes-divulgacion/como-usar-un-inhalador-presurizado/>
5. Akers AS. Tipos de inhaladores para el asma [Internet]. Medicalnewstoday.com. 2021 [citado el 28 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/tipos-de-inhaladores>
6. Síncope [Internet]. Fesemi.org. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/sincope>
7. Ictus-ACV síntomas y tratamiento [Internet]. <https://www.cun.es>. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ictus>

Capítulo 28

APOSITO DE ELECCIÓN EN LA FIJACIÓN DEL CATETER VENOSO PERIFÉRICO

FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA

MARIA DONDARZA DIAZ

EVA DIEZMA FERNÁNDEZ

JAVIER PEÑALVER ALVARO

1 Introducción

Los catéteres venosos periféricos son dispositivos utilizados en los servicios de urgencias y en el resto de servicios de los hospitales o centros de atención sanitaria cuyo fin es la administración de medicamentos por vía intravenosa o la obtención de muestras sanguíneas. La implantación de un catéter intravenoso es una técnica 100% enfermera y se debe estar cualificado para realizar este procedimiento de forma adecuada. (1,2)

Por otro lado, la elección del apósito idóneo para asegurar su correcta fijación es tarea que debe llevar a cabo el personal de enfermería y que resulta clave para evitar complicaciones y conseguir un mantenimiento adecuado del mismo. Es importante tanto fijar bien el dispositivo, como evaluar de forma periódica su correcto estado. No es raro identificar anomalías en los catéteres intravenosos que tienen su origen en el estado del apósito que lo protege. Esto, podría dar

lugar a tener que cambiar el catéter con las consecuencias para los pacientes dolor, múltiples punciones, etc. (2)

En este trabajo se va a intentar conocer cuál es el apósito más adecuado y con que frecuencia debería cambiarse. Es importante mantener al día los planes de cuidados de enfermería para conocer la duración tanto de los catéteres, como de los apósitos que los protegen.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

1. Conocer el apósito mas adecuado para la fijación de los catéteres venosos periféricos.
2. Frecuencia adecuada en el cambio de apósito para evitar complicaciones.

3 Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una búsqueda en metabuscadores tales como PUBMED y Google académico.

Para ello se han utilizado palabras clave tales como catéter venoso periférico y apósito y sus equivalentes en inglés.

Además, se ha hecho uso del operador boreano AND para acotar la búsqueda. Los criterios de inclusión han sido: artículos con texto completo y cuyas fechas de publicación fuesen posteriores a 2010. Tras leer el resumen y título de los artículos se ha hecho selección de los más acordes al tema de investigación.

4 Resultados

La elección del apósito más adecuado para fijar el catéter venoso periférico es clave para un mantenimiento adecuado del mismo y evitar las complicaciones asociadas. Algunas de las características a tener en cuenta para valorar los apósitos son: la adherencia, la resistencia y la visualización del punto de punción. Del mismo modo, se ha visto que la elección de un apósito u otro puede influir en la durabilidad del mismo. (1,2)

En un estudio realizado en el SUH del Hospital Clinic de Barcelona se llevó a cabo una comparación entre diferentes tipos de apósitos tales como (Tegaderm, Tegaderm + steri-strip, Omnifix simple recortado a medida, dos láminas de omnifix, entre otras variantes). Los resultados mostraron que el apósito de Tegaderm permite una visualización adecuada del punto de punción y permitió mostrar fugas de 0.1 ml. Pérdidas mayores de 0.5 ml se conseguían visualizar con cualquier tipo de apósito. (1)

Este mismo estudio mostro que las fijaciones realizadas con Omnifix eran más resistentes a la tracción por lo que había menor riesgo de pérdida del catéter. (1)

También se vio que la incorporación de steri-strip al apósito tipo Tegaderm es capaz de mejorar su resistencia frente a la tracción, obteniendo una mejoría del 33%. La forma de colocación de estas tiras no mostró diferencias significativas en posicionarlas en forma de H o forma de X. (1)

Otros trabajos sugieren que el cambio de apósito transparente debería realizarse cada 48-72 horas y realizar revisiones exhaustivas para prevenir complicaciones (2).

A nivel general la mayoría de estudios recomiendan el uso de apósitos transparentes ya que permiten la visualización del punto de punción.

Algunos estudios relacionan la aparición de flebitis asociada al catéter venoso periférico con realizar cambios de apósito antes de las 24 horas. (2)

5 Discusión-Conclusión

Actualmente no existe una evidencia sólida sobre el apósito más adecuado en la fijación del catéter venoso periférico, aunque la mayoría de estudios van encaminados a defender el apósito trasparente por permitir visualizar el punto de punción pudiendo así prevenir posibles complicaciones asociadas como flebitis que es la más frecuente.

Sin embargo, parece ser que las posibles incidencias que pueden ocurrir asociadas al catéter están más relacionadas en su mayoría a los cuidados prestados sobre el punto de punción.

Es clave, por tanto, la labor de enfermería para poder observar incidencias asociadas de la forma más precoz posible evitando así que se produzcan complicaciones mayores que puedan repercutir en la salud de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Moreno Martín M, Villamor Ordozgoiti A, Gutiérrez Martín M, Santiago Bosch M, Grau Ferrer H, Gamero Saavedra T. Idoneidad de los apósitos de fijación de la vía venosa periférica según el perfil del paciente en urgencias. Emergencias [Internet]. 28 (5); 320-26. 2016 Disponible en: http://emergencias.portalsemes.org/descargar/idoneidad-de-los-apsitos-de-fijacin-de-la-va-venosa-perifrica-segn-el-perfil-del-paciente-en-urgencias/force_download/
2. Virto Pejenaute M, Esteban Fernández M, Garcés Tapia A, César Sola A, Ibáñez Abad M, García Aizpun M. Mantenimiento del Catéter Venoso Periférico (CPV) durante más de tres días. Rev ROL Enfermería. 2009;32:326-30

Capítulo 29

SISTEMAS DE TRIAJE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑÓLES

FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA

MARIA DONDARZA DIAZ

EVA DIEZMA FERNÁNDEZ

JAVIER PEÑALVER ALVARO

1 Introducción

En los servicios de urgencias hospitalarios es muy importante saber priorizar quien precisa una atención inmediata. El triaje es el sistema de clasificación que ayuda a reconocer la urgencia entre pacientes. Supone el primer contacto entre el paciente y el personal sanitario de los servicios de urgencias. En él, tienen lugar la recepción, acogida y clasificación de los pacientes. (1,2)

La OMS define una urgencia como “la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados”. (2)

El triaje tiene sus orígenes en la década de los años sesenta en Estados Unidos. Comenzó a aplicarse, ya que hubo un aumento de pacientes que acudían a los servicios de urgencias sin presentar patología urgente. (2)

Existen varios sistemas de clasificación de pacientes que ayudan a tomar la decisión de clasificación adecuada, ya que una decisión inadecuada prolongaría el tiempo de espera de pacientes graves, lo que conllevaría eventos adversos indeseados. El papel de enfermería es esencial en esta clasificación, ya que son los profesionales encargados de realizar esta clasificación, por lo que precisan de unos conocimientos y formación específicos. (2)

2 Objetivos

Llevar a cabo una revisión bibliográfica para conocer los sistemas de triaje más utilizados en los hospitales españoles.

3 Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una búsqueda en PUBMED.

Para ello se han utilizado palabras clave tales como triaje y España y sus equivalentes al inglés. Además, se ha hecho uso del operador booleano AND.

Se han aplicado unos criterios de inclusión:

- Artículos con texto completo gratuito
- Fechas de publicación posteriores a 2010.

Tras leer el resumen de los artículos se ha hecho selección de los más acordes al tema de investigación.

4 Resultados

Existen varios sistemas de clasificación para ayudar a los profesionales sanitarios a clasificar a los pacientes de forma adecuada siendo los más empleados en España el sistema de triaje español (SET) y el Sistema Manchester (MST). Los resultados en los estudios han mostrado que estos sistemas son fiables para identificar la gravedad de los pacientes. (1)

- El SET es un sistema de triaje llevado a cabo por personal de enfermería, desde el 2003 es el modelo estándar de triaje para todo el territorio español. Este sistema es aplicable tanto a pacientes pediátricos como adultos. Se basa en cinco niveles de priorización y cuenta con un sistema informativo que ayuda a tomar la decisión al personal sanitario. (2)

☒ NIVEL 1: Asignado con el color azul, paciente con necesidad de atención inmediata, precisa reanimación.

☒ NIVEL 2: Asignado con el color rojo, situación de emergencia, atención por personal de enfermería de forma inmediata, atención médica con un máximo de 7 minutos.

☒ NIVEL 3: Asignado con el color naranja, situación de urgencia, tiempo de atención 15 minutos.

☒ NIVEL 4: Asignado con el color verde, categoría de menor urgencia, tiempo de atención 30 minutos.

☒ NIVEL 5: Asignado con el color negro, categoría no urgencia, puede esperar 40 minutos.

Además, el SET reconoce 32 categorías de síntomas y 14 subcategorías que se agrupan en un total de 642 motivos de consulta.

- El Sistema Manchester (MST) fue creado en el año 1994 para establecer acuerdos entre médicos y enfermeros en los servicios de urgencias. Es otro de los más utilizados en la actualidad y algunos de sus objetivos son: establecer una nomenclatura común, definiciones comunes e implantar un modelo global de formación.
(2)

Este sistema contempla 52 motivos de consultas que se pueden clasificar en cinco apartados: enfermedad, lesión, niños, conductas anormales y catástrofes. Dentro de cada motivo de consulta se despliegan una serie de preguntas cuya respuesta es sí o no, tras responder cuatro preguntas se clasifica al paciente en cinco niveles de gravedad, cada uno identificado con un color y un tiempo máximo de atención.
(2)

☒ NIVEL 1: Color rojo, riesgo vital para el paciente, necesidad de atención inmediata.

☒ NIVEL 2: Color naranja, categoría muy urgente, tiempo de atención máxima 10 minutos.

☒ NIVEL 3: Color amarillo, categoría urgente, tiempo de atención máxima 60 minutos.

☒ NIVEL 4: Color verde, categoría normal, tiempo máximo de atención 120 minutos.

☒ NIVEL 5: Color azul, categoría no urgente, tiempo máximo de atención 240 minutos.

Este sistema es el más utilizado de forma general en hospitales de toda Europa. En España es utilizado en servicios de urgencias de Asturias, Galicia, Madrid y

la comunidad Valenciana, en todos sus hospitales públicos. (2)

5 Discusión-Conclusión

El triaje es fundamental para poder proporcionar una atención eficiente y eficaz en todos los servicios de urgencias hospitalarios, ya que nos permite establecer un orden de prioridad en función de la gravedad del paciente y no según el orden de llegada.

Existen diferentes modelos de triaje, siendo en nuestro país los mas frecuente el SET y el MST. Ambos cuentan con cinco niveles de priorización, cada uno identificado con un color y un tiempo máximo de espera para ser atendido.

A nivel intrahospitalario, el papel de enfermería en el triaje es esencial para ello es importante que existan unos sistemas de clasificación de pacientes validados y que el personal de enfermería cuente con la suficiente formación para poder llevarlos a cabo.

6 Bibliografía

Tam, H. L., Chung, S. F., & Lou, C. K. (2018). A review of triage accuracy and future direction. BMC emergency medicine, 18(1), 58. [https://doi.org/10.1186/s12873-018-](https://doi.org/10.1186/s12873-018-0215-0)

0215-0

2. Investigación R. Los sistemas de triaje en los servicios de urgencias. ▷ RSI - Revista

Sanitaria de Investigación [Internet]. 27 de octubre de 2020; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/los-sistemas-de-triaje-en-los-servicios-de-urgencias/>

Capítulo 30

ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS POR PARTE DE ENFERMERÍA E IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ZULEMA DIAZ RUIZ

1 Introducción

Uno de los objetivos principales común a todos los sistemas sanitarios actuales es la seguridad del paciente. En general el ámbito hospitalario y en concreto los Servicios de Urgencias, son áreas muy susceptibles de generarse algún tipo de efecto adverso, siendo los más frecuentes internacionalmente aquellos relacionados con los errores de medicación. Esto no es extraño teniendo en cuenta que el proceso de medicación es uno de los más largos y complejos en el que intervienen diferentes profesionales.

El medicamento es, junto con otros procesos como la cirugía, el principal instrumento usado para la terapia hospitalaria y el recurso alrededor del cual gira gran parte de la actividad de los profesionales sanitarios.

Para saber bien de qué estamos hablando es importante conocer la definición de error de medicación: “un efecto adverso evitable, temporal o permanente, que sucede en cualquier etapa de la terapia farmacológica y que puede o no causar daños en el paciente”.

Este proceso consta de varias fases: comienza con la fase de prescripción, siendo esta el acto de selección por parte del facultativo responsable del fármaco idóneo para el problema médico del paciente y el hecho de plasmar en el formato

disponible datos como: el fármaco seleccionado, la dosis, la vía de administración y la frecuencia de esta. Una vez realizada la prescripción dependiendo del nivel de desarrollo de los hospitales , en ocasiones el personal de enfermería lo debe transcribir en hojas para la historia clínica. Por otro lado , el servicio de Farmacia del hospital debe dispensar la medicación prescrita. Por último , el final del proceso es el momento de la administración del mismo , donde tanto el paciente como sus familiares pueden y deben participar. En cualquiera de estas fases es probable y posible que se pueda generar un error que dañe y afecte al paciente. Numerosos estudios demuestran que los errores relacionados con la administración de la medicación son evitables, lo que evidencia la importancia de la participación del equipo de enfermería en la promoción de la seguridad del paciente. Más impactante es incluso el hecho de que en la atención pediátrica el número de estos errores incrementa. Lo que genera una necesidad mayor aún de una reestructuración de procesos y creación de estrategias de prevención y control , con el fin de reducir, a un mínimo aceptable, los riesgos y perjuicios innecesarios asociados a este proceso.

En este contexto, destacamos el papel de enfermería pues, además de liderar el proceso de administración y control de la terapia farmacológica, la complejidad propia de los pacientes pediátricos exigen mayor profundidad tanto de conocimientos como de compromiso para llevar a cabo este proceso.

Por ello, para evitar estos errores es fundamental localizar y conocer la epidemiología del problema, donde se localicen cuáles son los puntos de control críticos y las principales medidas que eviten la producción de estos errores.

2 Objetivos

- Determinar el impacto sobre la seguridad del paciente de los errores originados en la administración de medicación en los Servicios de Urgencias Hospitalarios.
- Analizar la prevalencia de errores en los distintos momentos del proceso de administración de medicación.

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: “errores medicación” AND “administración medicación” AND “prevención”.

4 Resultados

A pesar de las medidas actuales para la prevención de errores en la administración de medicación, estos son mas frecuentes de lo deseados, no siendo del todo eficaz las metodologías ya existentes como por ejemplo la conocida como los “5 correctos”, esta consiste en asegurarse de que contamos con: el medicamento correcto, el paciente correcto , la hora correcta, la dosis correcta y la preparación correcta. Si bien cierto es que en los últimos años se han incluido cuatro ítems más, los “nueve correctos” estarían conformados por los cinco ya mencionados más: registro correcto, acción correcta , forma correcta y respuesta correcta. Por ello claramente se ve con claridad la necesidad de implementación de nuevas medidas en todos los niveles que nos permitan asegurar la seguridad en nuestro ámbito de salud.

Estos errores, frecuentemente, aparecen asociados también a la falta de personal en los servicios, el aumento de la demanda cada vez mas urgente, u otros factores como las fallas en el propio sistema de distribución de medicamentos, incluso uno de los errores que podría ser evitable es algo tan simple como la administración de medicamentos cuya fecha de caducidad ya ha pasado, lo que demuestra que en ocasiones no es la fase más compleja donde tiene lugar el error, sino simplemente por no prestar atención a la hora de revisar los mismos.

Esto nos hace comprender la necesidad cada vez mayor de realizar reuniones de sensibilización con todo el personal que conforma los equipos multidisciplinarios que trabajan de manera conjunta en los servicios de urgencias de nuestro país, o medidas como la estandarización a la hora de la prescripción de las drogas, mecanismos de distribución de las mismas que dispensen únicamente la dosis exacta... Es decir , medidas que conjuntamente logren minimizar los momentos de riesgo y no dejen lugar a la aparición de estos errores que pueden tener un final fatal.

5 Discusión-Conclusión

Siendo los Servicios de Urgencias los más prevalentes en los errores de medicación, se ha llegado a la conclusión de que para la reducción de estos es necesario conocer cuáles son las causas de estos, tales como el desconocimiento de la medicación así como factores personales y contextuales.

La mayoría de estas equivocaciones sí han alcanzado al paciente pero no han sido causantes de daños permanentes, aún así es muy importante incluir estrategias de prevención tanto a nivel educativo como organizativo y, no por último menos importante, tecnológico para garantizar la seguridad del paciente.

Se ha demostrado que , a pesar de que todas las fases del proceso conllevan la aparición de riesgos debido al número de distintos profesionales y complejidad de la que están compuestos los procesos , el principal problema aparece en el mecanismo de administración puro , es decir tras la pauta del mismo.

6 Bibliografía

Vecina T, Borrás C, Egea R. Errores de administración de medicación en los servicios de urgencia. *An Sist Sanit Navar*. 2013;36(3):539–41.

Manzo, Bruna Figueiredo, Brasil, Célia Luciana Guedes Barbosa, Reis, Flávia Felipe Thibau, Correa, Allana dos Reis, Simão, Delma Aurélia da Silva, & Costa, Anna Caroline Leite. (2019). Seguridad en la administración de medicamentos: investigación sobre la práctica de enfermería y circunstancias de errores. *Enfermería Global*, 18(56), 19-56. Epub 21 de abril de 2023.<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.344881>

Jiménez Muñoz Ana Belén, Martínez Mondéjar Belén, Muiño Miguez Antonio, Romero Ayuso Dulce, Saiz Ladera Gema María, Criado Álvarez Juan José. Errores de prescripción, transcripción y administración según grupo farmacológico en el ámbito hospitalario. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2019 [citado 2023 Oct 03] ; 93: e201901004. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100073&lng=es
. Epub 07-Sep-2020

Otero López María José. Errores de medicación y gestión de riesgos. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2003 Oct [citado 2023 Oct 03] ; 77(5): 527-540. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000500003&lng=es

Arbesú Michelena María Antonieta. Los errores de medicación como un problema sanitario. *Rev Cubana Farm* [Internet]. 2008 Ago [citado 2023 Oct 03] ; 42(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152008000200011&lng=es

Lacasa C, Humet C, Cot R. Errores de medicación: prevención, diagnóstico y tratamiento. 1ª ed. Cornellá de Llobregat (Barcelona): E.A.S.O; 2001

Santi Tiago, Beck Carmem Lúcia Colomé, da Silva Rosângela Marion, Zeitoune Regina Gollner, Tonel Juliana Zancan, do Reis Daiane Aparecida Martins. Er-

ror de medicación en un hospital universitario: percepción y factores relacionados. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014 Jul [citado 2023 Oct 07] ; 13(35): 160-171. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300010&lng=es

Capítulo 31

APLICACIÓN DE VÍA INTRAÓSEA EN URGENCIAS.

DELFINA PERAL MIER

1 Introducción

El término urgencia es definido como la aparición imprevista en cualquier lugar y situación de un problema de salud de gravedad variable y que genera en la persona la necesidad de ser atendido de forma inminente. Una emergencia es una situación urgente que pone en peligro la vida del paciente o función de un órgano y requiere de una atención inmediata.

El equipo que proporcionara esta atención estará formado por personal médico y personal de enfermería, ambos expertos en urgencias y emergencias, y un técnico de emergencias.

La evaluación inicial que se realizará en esta situación se hará mediante el empleo del método ABCDE, siendo A vía aérea, B respiración, C circulación, D discapacidad y E exposición. Una vez los puntos A y B están asegurados y controlados, se procederá al siguiente punto de actuación, el C, mediante la obtención de un acceso vascular.

La primera opción será la obtención de una vía intravenosa, canalizada en el menor tiempo posible, por la creciente necesidad de administrar fluidos y medicación; en caso de no ser posible, se recurría a otras vías, intramuscular, intranasal, subcutánea, sublingual, rectal o endotraqueal, sin embargo, estos accesos no resultan tan eficaces como la vía intravenosa o intraósea. Esta última, no tan conocida y empleada como las mencionadas anteriormente, será en la que nos centraremos más adelante.

La canalización de esta vía está indicada únicamente cuando no se ha podido canalizar una vía venosa periférica en 3 intentos, o en 90 -120 segundos no se ha conseguido un acceso venoso.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir los materiales necesarios para canalizar una vía intraósea y lugares de inserción más comunes de esta.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Material necesario:

Para la correcta realización de cualquier procedimiento es necesario cerciorarse de que se dispone de todo el material necesario para realizar este. Para la realización de esta técnica será necesario personal sanitario formado y experimentado en la colocación de este dispositivo. Para ello precisarán una serie de herramientas y/o material sanitario, comenzando por el dispositivo intraóseo y su aguja correspondiente, que variará en función del peso, se empleará una aguja de 25 mm si el paciente tiene un peso corporal superior a 40 kg, y si este es inferior, la aguja empleada será de 15 mm. También se necesitarán guantes, como en todas las técnicas que se realizan de forma habitual, así como el antiséptico de elección para piel integra. Por otra parte, también serán necesarios paños y gasas estériles, apósitos y esparadrapo, una jeringa que se cargará con 10 cc de suero fisiológico y una llave de 3 pasos y/o alargadera previamente purgada. Por último, anestésico local para minimizar las molestias de esta técnica, de forma opcional, será empleado cuando el paciente esté consciente. Fundamentalmente dos anestésicos, local o intramedular.

- Lugares de inserción:

En este apartado se va a distinguir en función de si el paciente es un adulto o un niño para la elección del sitio de inserción, esto es, debido al crecimiento del niño. Para adultos, el sitio más empleado para la inserción es la tibia distal, en la unión del maleolo medial y la diáfisis de la tibia, por detrás de la vena safena mayor. Otro lugar de inserción accesible es el humero proximal, que posee una ventaja, su cercanía a la circulación central, de gran importancia en circunstancias como una parada cardíaca o un shock. Otros lugares que se pueden emplear en caso de necesidad son cresta iliaca, fémur, o tibia proximal, por ejemplo. Este último es preferible que se realice con un dispositivo eléctrico, al tratarse de un hueso de mayor grosor.

En niños de edad inferior a 6 años, el lugar de elección es la tibia proximal, concretamente en la superficie plana antero-interna de la tibia, en torno a 1-3 cm por debajo de la tuberosidad tibial. El fémur distal, también puede ser empleado en caso de necesidad. En mayores de 6 años y adultos, se puede insertar, además de la tibia proximal, en la distal. Independientemente de la edad del paciente, para la realización de esta técnica se le colocará en decúbito supino, y en caso de elegir como sitio de inserción tibia o fémur, se colocará por detrás de la rodilla una compresa enrollada.

- Indicaciones, contraindicaciones y complicaciones en la canulación de una vía intraósea:

En relación con la indicación, generalmente en aquellas situaciones de riesgo vital en las que no es posible obtener un acceso vascular en 90 segundos o tras 2 o 3 intentos fallidos. Es decir, cuando el acceso venoso es complejo y fundamentalmente en situaciones de emergencia.

En lo que respecta a las contraindicaciones, hay diferentes situaciones en las que no se aconseja el uso de este acceso, clasificándose en absolutas o relativas. Las contraindicaciones absolutas serían si existiese una prótesis en la zona de punción, si ya se ha intentado canalizar una vía intraósea previamente en ese hueso, si existiese una fractura o traumatismo en dicho hueso, etc. Las contraindicaciones relativas serían osteoporosis conocida, infecciones locales, tumores óseos, infección o quemadura en el sitio de elección, etc.

Las complicaciones son infrecuentes, y podrían ser sangrados, infección, extravasación del líquido, descamación del tejido, etc.

5 Discusión-Conclusión

La vía intraósea es un gran recurso en situaciones de urgencia en las que no se ha podido canalizar un acceso vascular. A pesar de ser una medida temporal que deberá de sustituirse por otro acceso en aproximadamente 24 h, puede ser de gran utilidad, ya que posee características similares a la vía intravenosa para la administración e infusión de fármacos y fluidos. La técnica es de fácil aprendizaje, de uso sencillo y de colocación rápida, en un tiempo inferior a un minuto, con más del 90% de éxitos de inserción y sin complicaciones de gran importancia. Por estos motivos es fundamental formar a nuestros profesionales en el manejo de esta técnica.

6 Bibliografía

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

Capítulo 32

ENFERMERÍA DE URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON SEPSIS

KATHERINE MISHALL GUAMAN SINCHIGUANO

ELENA BUENDÍA ORTIZ

PAULA MARTÍNEZ YEGUAS

ITZIAR SAIZ MARZAL

ANA PARDO FERNANDEZ

1 Introducción

La sepsis es una complicación que tiene lugar cuando el organismo produce una respuesta inmunitaria desbalanceada, anómala, frente a una infección.

Se trata de una situación de emergencia que es tiempo-dependiente que si no se diagnostica y se comienza con una rápida actuación puede ocasionar graves consecuencias como: shock séptico, fallos multiorgánicos y puede llegar a ocasionar la muerte.

Se trata de una infección que progresa muy rápidamente y que presenta una alta morbilidad (incidencia anual a nivel mundial en torno a los 30 millones de pacientes).

Los pacientes que presentan mayor riesgo de sufrir una sepsis son:

- Personas mayores de 65 años.
- Pacientes inmunodeprimidos.
- Mujeres gestantes

- Infantes menores de un año
- Pacientes con intervenciones recientes.
- Pacientes con afecciones crónicas tales como: diabetes, enfermedades relacionadas con la función pulmonar y/o renal y pacientes oncológicos.

Los principales síntomas diferenciales de una sepsis son:

- Fiebre
- Hipotensión
- Elevada frecuencia respiratoria.
- Saturación de oxígeno disminuida.
- Frecuencia cardíaca alterada
- Alteración aguda del nivel de conciencia.

El tratamiento de esta afección constará de:

El abordaje de primera instancia que transcurrirá entre la primera y la sexta hora desde el diagnóstico y que consiste en la estabilización del paciente, comenzar con un tratamiento antibiótico y averiguar y mantener bajo control el foco de la infección.

En el caso de que el paciente no presente mejoría y no responda a los cuidados aportados, este será valorado por el equipo de cuidados intensivos.

2 Objetivos

- Determinar las herramientas necesarias para detectar, alertar y actuar rápidamente ante un caso de sospecha de sepsis.

3 Metodología

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

4 Resultados

En primer lugar, es fundamental la correcta valoración del paciente para poder activar el código ante una sospecha de sepsis y comenzar con la actuación.

Aunque no existe una prueba determinante para poder diferenciar sus síntomas de otras afecciones, existen métodos de cribado como:

- Escala Quick SOFA: evalúa la posibilidad de un paciente de presentar o no un riesgo alto de sepsis con pocos parámetros(criterios clínicos), aunque en esta escala se presente una posibilidad baja, no descarta la posibilidad de padecer sepsis, pero una puntuación alta nos alertará para poder utilizar otras escalas o herramientas de cribado que nos permitirán determinar con mayor exactitud la posibilidad de que el paciente presente sepsis. Los criterios clínicos que valora esta escala son: alteración del nivel de conciencia <13 , TAS <100 mm Hg, FR > 22 .
- Escala SOFA: evalúa la función y disfunción global del sistema orgánico del paciente. Los criterios clínicos y analíticos como son: respiración, coagulación, bilirrubina, escala de Glasgow, creatinina o flujo urinario.
- Escala NEWS: evalúa el deterioro clínico del paciente una vez el personal es alertado por la valoración de la escala qSOFA. Esta escala valora los siguientes parámetros: FR, TAS, nivel de conciencia, T°, SatO₂ y FC.

Una vez alertado el personal médico y de enfermería será crucial una rápida actuación del personal.

La actuación de enfermería ante la sospecha de una sepsis consistirá en:

- Diagnóstico precoz de sospecha de sepsis en triaje mediante la utilización de escalas, será crucial la actuación de enfermería, ya que se trata de una enfermedad tiempo- dependiente.
- Alertar al equipo médico para realizar una nueva valoración y poder comenzar con las actuaciones pertinentes.
- Vigilancia y control de signos vitales mediante monitorización continua de constantes.
- Canalización de al menos dos accesos venosos del tamaño máximo permitido.
- Extracción de muestra de sangre para análisis de hemograma completo y medición de lactato sérico
- Obtención de pruebas microbiológicas (hemocultivos) mediante las cuales se podrá obtener la información necesaria para determinar cuál es el foco de infección.
- Sondaje vesical permanente para un estrecho seguimiento de la diuresis
- Colocación de oxigenoterapia si fuera preciso.
- Aplicación del tratamiento indicado en cada caso, en los que se incluirá sueroterapia, antibioterapia, antitérmicos y analgésicos si fuera preciso.
- Control del nivel de glucemia.
- Administración de hemoderivados en los casos de sepsis más graves.
- Aplicación de cuidados para prevenir las infecciones como: cambios posturales, incremento del ángulo del cabecero por encima de los 30°, higiene oral y cuidados

de los principales focos de entrada de bacterias como pueden ser puntos de inserción de vías periféricas y/o centrales, sondajes vesicales, heridas que presente el paciente como por ejemplo aquellas secundarias a una cirugía.

5 Discusión-Conclusión

La sepsis es la primera causa de muerte intrahospitalaria, por lo que es fundamental tener las herramientas adecuadas en primer lugar para una rápida detección y de esta forma poder iniciar de igual forma una rápida primera actuación que hará que podamos frenar a tiempo la infección pudiendo así disminuir los ingresos de estos pacientes en unidades de cuidados críticos y reducir de esta forma la morbi-mortalidad de esta patología.

Por estos motivos es fundamental que el personal de enfermería tenga unos conocimientos básicos para poder detectar, alertar y actuar, activando así los protocolos establecidos en los hospitales para una correcta y rápida actuación del equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

1. Galián Rodríguez: M. Manejo enfermero de la sepsis [Trabajo fin de grado]. Soria: Universidad de Valladolid; 2019. 21p.
2. Asiain Erro, M. C., & Marín Fernández, B. B. (2006). Revisión de conocimientos para cuidar a pacientes con sepsis severa. *Enfermería intensiva*, 17(4), 179–184. [https://doi.org/10.1016/s1130-2399\(06\)73932-3](https://doi.org/10.1016/s1130-2399(06)73932-3).
3. Lázaro Pérez C. PAPEL DE ENFERMERÍA EN LOS CÓDIGOS TIEMPO DEPENDIENTES: CÓDIGO SEPSIS [Trabajo fin de grado]. Almería: Universidad de Almería; 2020. 33 p.
4. Pérez Catalán, I., Roig Martí, C., Cubides Montenegro, Á., Cardenal Álvarez, A., Guerrero Jiménez, F., Albiol Viñals, P., & Usó Blasco, J. (2021). Utilidad pronóstica de la escala qSOFA en pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna por enfermedades infecciosas. *Revista chilena de infectología: organo oficial de la Sociedad Chilena de Infectología*, 38(1), 31–36. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182021000100031>.
5. Código Sepsis. (2019, junio 7). SUMMA 112. <https://www.comunidad.madrid/hospital/summa112/profesionales/codigo-sepsis>.
6. Pettirossi Arzuaga M. Código sepsis: El rol clave del enfermero de urgencias [Trabajo fin de grado]. Girona: Universidad de Girona; 2016. 51 p.

Capítulo 33

LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DESNUTRIDOS Y LA ENFERMERÍA

KATHERINE MISHALL GUAMAN SINCHIGUANO

ELENA BUENDÍA ORTIZ

PAULA MARTÍNEZ YEGUAS

ITZIAR SAIZ MARZAL

ANA PARDO FERNANDEZ

1 Introducción

Para poder lograr identificar situaciones donde exista un riesgo nutricional es primordial el realizar una evaluación previa inicial y adecuada de una forma individual.

La desnutrición es considerada un factor negativo que afecta la salud de las personas sin importar la edad y es muy común en los niños, ya que es en esta etapa que se representa el mayor desarrollo y crecimiento del ser humano, lo que genera una mayor necesidad de nutrientes, proteínas y vitaminas. Para el organismo, la suplementación incluye un correcto desarrollo y evita carencias de nutrientes o enfermedades provocadas por esta falta de nutrientes en el organismo.

La desnutrición es básicamente un deterioro de los nutrientes y una reducción de la respuesta inmune en el organismo, por lo que es necesario conocer el alcance de la destrucción, por lo que la atención de los profesionales médicos es

fundamental para prevenir o mejorar la salud. Hay varios tipos de desnutrición y pueden ser causados por diferentes determinantes, algunas de esas causas son:

- Llevar una mala dieta o alimentación.
- Inanición debida no tener acceso a los alimentos.
- Trastornos o problemas alimentarios.
- Mala digestión de alimentos o problemas para absorber nutrientes de los alimentos.
- Afecciones concretas que impiden la ingesta de una persona en concreto.

2 Objetivos

Describir algunos aspectos básicos a tener en cuenta por parte del personal de enfermería en relación con la desnutrición infantil.

3 Metodología

Para la realización de este documento se ha realizado una búsqueda bibliográfica a cerca del protocolo de intervención enfermera en el cuidado de pacientes pediátricos con desnutrición, empleando como motor de búsqueda Google Académico. Se han consultado distintas fuentes referentes al tema a tratar como, por ejemplo: páginas web, revistas y bases de datos como Pubmed, Scielo y Elsevier.

4 Resultados

La desnutrición se divide en varios tipos:

Desnutrición crónica: La desnutrición crónica representa un menor índice en el crecimiento, baja cantidad de proteínas y nutrientes durante un tiempo prolongado del niño puede producir enfermedades a mayor escala que conducen a la muerte.

Desnutrición aguda: el niño tiene una estatura y un peso atípicos para su edad, por lo que se necesita tratamiento para evitar que la condición pueda ir a peor acarreando problemas más graves

Desnutrición severa: Alteración de los procesos vitales del niño que lleva a la muerte. Uno de los principales síntomas de la desnutrición es la pérdida severa de peso, la debilidad, el cansancio y la falta de energía provocada por esta enfermedad.

La desnutrición infantil es una enfermedad que provoca diversos traumas en los niños por falta de nutrientes, mala alimentación, déficit de alimentos con suficientes vitaminas y minerales, y los trastornos alimentarios pueden llegar incluso a causar problemas digestivos que impiden que el niño coma adecuadamente, su desarrollo y crecimiento, lo que conduce a la deficiencia y el riesgo de enfermedad. Implica una mayor susceptibilidad a infecciones, enfermedades anémicas y mareos.

El personal de enfermería tiene el papel del cuidado de los menores desnutridos, debe asegurar el estado de salud del menor al ingreso para posteriormente elaborar registros diagnósticos a partir del examen físico y de laboratorio y, teniendo en cuenta las medidas de prevención de la desnutrición y el nivel de prioridad.

Pero para llevar a cabo este proceso de ayuda al niño desnutrido es necesario utilizar el método científico, que nos permite realizar los cuidados de forma racional, lógica, sistemática y siempre basados en el conocimiento científico, existen procesos y protocolos a seguir para garantizar una buena atención y cuidados.

Este método científico aplicado a la enfermería es un sistema de planificación para la prestación de los cuidados de enfermería que incluye cinco etapas: exploración, diagnóstico, planificación, prestación y evaluación.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando el gran papel del equipo de enfermera y como organizan los pacientes en los desequilibrios nutricionales, toma gran importancia, sobre todo si son pacientes ingresados en hospitales, donde la enfermera está constantemente con los pacientes y tiene la posibilidad de evaluar al paciente. Los niños desnutridos por su condición médica requieren cuidados especiales, ya que tienen riesgo de infecciones del sistema digestivo, lo que dificulta la absorción de nutrientes importantes para la salud.

Es fundamental evaluar y diagnosticar este tipo de problemas de la salud de los niños de manera precoz para mejorar su desarrollo y crecimiento.

6 Bibliografía

1. Enciclopedia médica de la desnutrición. 2014 Medline <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/00404.htm>.
2. Desnutrición infantil, salud y pobreza. Scielo. 2013 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-1611200600070011.

Capítulo 34

ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

VANESA RUBIO GARCIA

MARTA GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

Actualmente, la ventilación mecánica invasiva es un tema de especial relevancia, ya que es un procedimiento esencial en el campo de la medicina crítica que se utiliza para proporcionar soporte respiratorio a pacientes con disfunción pulmonar grave. En situaciones clínicas que van desde el síndrome de dificultad respiratoria aguda hasta la cirugía postoperatoria, la ventilación mecánica invasiva desempeña un papel fundamental en la estabilización y el tratamiento de pacientes críticos. En este contexto, el rol de la enfermería es de suma importancia, ya que las enfermeras son responsables de la monitorización constante, el ajuste adecuado de los parámetros del ventilador, la prevención de complicaciones y la atención integral de los pacientes sometidos a este procedimiento.

A pesar de su importancia clínica, existe una necesidad continua de investigación y desarrollo en el ámbito de la ventilación mecánica invasiva y, más específicamente, en el papel de las enfermeras en su administración.

Este trabajo tiene como objetivo abordar esta cuestión mediante la revisión y análisis de la literatura actual, con el propósito de proporcionar una visión integral de la participación de las enfermeras en la gestión de pacientes bajo ventilación mecánica invasiva. A través de este estudio, se pretende contribuir al

conocimiento existente y ofrecer pautas prácticas que mejoren la calidad de la atención proporcionada por las enfermeras en este contexto clínico crítico.

2 Objetivos

- Describir la técnica de la intubación endotraqueal y sus riesgos.
- Desarrollar los cuidados de enfermería sobre la ventilación mecánica invasiva.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los profesionales de enfermería son los principales responsables de un buen manejo de la ventilación mecánica invasiva en aquellos pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos, por lo que se aconsejan una serie de recomendaciones para llevar a cabo una buena manipulación del tubo endotraqueal las cuales son las siguientes:

En primer lugar, se recomienda elevar el cabecero de estos pacientes en torno a los 30°-45° como manera de protección para prevenir que el contenido del estómago se introduzca en la tráquea y descienda hacia los pulmones. Por eso mismo, en este tipo de pacientes se recomienda insertar una sonda nasogástrica para que así el contenido existente en el estómago quede recogido en un receptal o en una bolsa colectora y evitar así su aspiración ocasional a la vía aérea.

Por otra parte, se aconseja mantener la presión del pneumotaponamiento del tubo endotraqueal con una presión en torno a 25-30 centímetros de H₂O, esta acción cobra aún más importancia a la hora de realizar el aseo bucodental del paciente con la solución acuosa de clorhexidina al 0,12%, para evitar así que el líquido se introduzca en la vía aérea produciendo, por tanto, una broncoaspiración que podría concluir en una neumonía.

Por último, otra medida para un buen manejo de la ventilación mecánica es el control de las secreciones por parte de los profesionales de enfermería, esto es, la

realización de aspiraciones a través del tubo endotraqueal mediante la utilización de sondas, para evitar que se acumulen en el árbol bronquial y produzcan una neumonía, lo que alargaría el tiempo de ventilación mecánica invasiva, aumentando el tiempo de permanencia en UCI y el riesgo de contraer una infección nosocomial en la vía aérea.

5 Discusión-Conclusión

La ventilación mecánica invasiva es un tema de interés en la actualidad debido a que a raíz de la pandemia originada por el COVID-19, muchos de los pacientes con gran inestabilidad respiratoria requerían la intubación endotraqueal, por lo tanto, las unidades de cuidados intensivos estaban saturadas de pacientes que portaban ventilación mecánica invasiva.

Un buen manejo de este tipo de ventilación por parte de los profesionales de enfermería supone una disminución de las infecciones nosocomiales en relación con el aparato respiratorio, disminuyendo también, la estancia de hospitalización, el consumo de recursos sanitarios y el colapso de las plantas de hospitalización.

6 Bibliografía

- 1- Vidal Cortés P, Díaz Santos E, Aguilar Alonso E, Amezaga Menéndez R, Balles-teros MÁ, Bodí MA, et al. Recomendaciones para el manejo de los pacientes críticos con COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos [Recommendations for the management of critically ill patients with COVID-19 in Intensive Care Units]. *Med Intensiva*. 2022 Feb;46(2):81-89.
- 2- Vitón Castillo AA, Rego Ávila H, Delgado Rodríguez AE. Consideraciones sobre el manejo de vía aérea y ventilación en el paciente crítico con la COVID-19. *Rev Ciencias Médicas* [Internet].

Capítulo 35

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.

MARINA GÓMEZ ALONSO

CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA

CARLOS LARRAÑETA ESPADAS

GLORIA MORA ALCÁZAR

LUCÍA MARRA MORALES

1 Introducción

Un paciente politraumatizado es aquel que ha sufrido múltiples lesiones en diferentes áreas del cuerpo debido a un evento traumático, como un accidente automovilístico, una caída desde una altura considerable, una lesión deportiva grave o un acto de violencia. Este tipo de trauma puede ser potencialmente mortal y requiere una atención médica inmediata y coordinada.

La atención de un paciente politraumatizado es compleja y desafiante, pero es esencial para maximizar las posibilidades de recuperación. La rápida identificación y el tratamiento adecuado de las lesiones son cruciales, y la colaboración interdisciplinaria es fundamental para brindar una atención integral y efectiva.

2 Objetivos

El objetivo del trabajo es dar a conocer las funciones del enfermero en el paciente politraumatizado.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados de enfermería desempeñan un papel fundamental en la atención integral del paciente politraumatizado, cuyo estado de salud puede ser crítico y complejo debido a múltiples lesiones en diferentes áreas del cuerpo. Aquí se describen los cuidados esenciales proporcionados por los enfermeros en esta situación:

- Evaluación continua: Los enfermeros realizan evaluaciones continuas de las funciones vitales del paciente, incluyendo la frecuencia cardíaca, la respiración, la presión arterial y la saturación de oxígeno. También evalúan el nivel de conciencia y la respuesta neurológica.
- Manejo de la vía aérea: Mantener una vía aérea permeable es de vital importancia. Los enfermeros pueden realizar maniobras para asegurar la adecuada oxigenación, como la elevación del mentón o la extensión del cuello. En casos graves, pueden estar involucrados en la intubación endotraqueal.
- Control de hemorragias: La identificación y el control de hemorragias son prioritarios. Los enfermeros aplican compresión directa, elevación de extremidades y, en algunos casos, torniquetes controlados para detener la hemorragia.
- Inmovilización: En casos de lesiones en huesos o articulaciones, los enfermeros pueden ayudar en la inmovilización adecuada del paciente, lo que reduce el riesgo de complicaciones adicionales.

- Monitorización cardíaca y respiratoria: Los enfermeros vigilan de cerca el ritmo cardíaco y la respiración, y pueden administrar medicamentos para estabilizar la frecuencia cardíaca y el ritmo en caso de arritmias.
- Administración de medicamentos: Los pacientes politraumatizados pueden necesitar analgésicos y medicamentos para controlar el dolor y la ansiedad. Los enfermeros administran estos fármacos de manera adecuada y segura.
- Cuidado de heridas y quirúrgico: Los enfermeros se encargan del cuidado de las heridas, asegurando que estén limpias y libres de infecciones. También asisten en la preparación y el seguimiento de intervenciones quirúrgicas cuando sea necesario.
- Cuidados intensivos: En situaciones graves, los pacientes pueden requerir cuidados intensivos. Los enfermeros monitorean de cerca la función de órganos y administran tratamientos según las indicaciones médicas.
- Comunicación y apoyo: Los enfermeros brindan apoyo emocional a los pacientes y sus familias. La comunicación efectiva es esencial para mantener informados a los familiares sobre el estado del paciente y el plan de atención.
- Rehabilitación y transición: Después de la fase aguda, los enfermeros pueden estar involucrados en la planificación de la rehabilitación y la transición a la atención a largo plazo o a casa.

La atención de enfermería en el paciente politraumatizado es multidisciplinaria, colaborativa y centrada en el paciente. Los enfermeros desempeñan un papel crítico en la estabilización, el cuidado y la recuperación de estos pacientes, trabajando en estrecha colaboración con médicos y otros profesionales de la salud para brindar una atención de alta calidad y mejorar las posibilidades de recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar cuidados de enfermería efectivos a pacientes politraumatizados, la comunicación y la coordinación son clave. En primer lugar, la comunicación continua y clara con el equipo médico es esencial para garantizar una atención integral y coherente. Mantener registros precisos y compartir información relevante, mejora la toma de decisiones y el seguimiento del paciente.

En segundo lugar, es fundamental priorizar el cuidado centrado en el paciente.

Esto implica escuchar y responder a las necesidades y preocupaciones del paciente y su familia. Además, educarlos sobre su condición, el plan de tratamiento y los signos de alarma les capacita para tomar decisiones informadas y participar activamente en su recuperación.

La atención de enfermería a pacientes politraumatizados se basa en la comunicación efectiva y el enfoque centrado en el paciente. Al trabajar en equipo y empoderar a los pacientes y sus familias con información, contribuimos a brindar la mejor atención posible en estas situaciones críticas.

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

Capítulo 36

CUIDADOS DE LA PERSONA CON DIABETES MELLITUS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

MARINA GÓMEZ ALONSO

CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA

CARLOS LARRAÑETA ESPADAS

GLORIA MORA ALCÁZAR

LUCÍA MARRA MORALES

1 Introducción

La atención primaria juega un papel fundamental en el manejo de la Diabetes Mellitus (DM), una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en todo el mundo. En este nivel de atención, los profesionales de la salud, incluyendo médicos y enfermeros, desempeñan un papel crucial en el cuidado y la educación de las personas con DM.

En primer lugar, la detección temprana y el diagnóstico preciso son esenciales. Los profesionales de atención primaria realizan pruebas de detección de la DM, evalúan los niveles de glucosa en sangre y monitorizan a los pacientes con factores de riesgo. Una vez que se realiza el diagnóstico, trabajan en colaboración con los pacientes para desarrollar planes de tratamiento personalizados, que

pueden incluir cambios en la dieta, ejercicio, medicamentos y control de glucosa en casa.

La educación es un componente vital. Los profesionales de la salud en atención primaria enseñan a los pacientes sobre la autogestión de su enfermedad, cómo administrar la medicación, medir sus niveles de glucosa y adoptar un estilo de vida saludable. También proporcionan apoyo emocional y fomentan la adherencia al tratamiento.

La atención primaria también se enfoca en la prevención de complicaciones a largo plazo, como enfermedades cardiovasculares, neuropatías y retinopatías. Los profesionales realizan evaluaciones regulares y derivan a especialistas cuando es necesario.

La atención primaria desempeña un papel fundamental en la gestión exitosa de la Diabetes Mellitus, desde el diagnóstico hasta el tratamiento continuo y la prevención de complicaciones. La relación cercana entre el paciente y el profesional de atención primaria es esencial para lograr un buen control de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas con DM.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los cuidados al paciente diabético desde 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

Los cuidados de enfermería en la persona con Diabetes Mellitus (DM) desempeñan un papel esencial en la atención primaria, donde se establece una relación de confianza y colaboración entre el enfermero y el paciente. Aquí se describen

los aspectos clave de los cuidados de enfermería en atención primaria para personas con DM:

- Educación y empoderamiento: La educación es fundamental. Los enfermeros proporcionan información sobre la DM, sus síntomas, el control de la glucosa y la importancia de un estilo de vida saludable. Se fomenta la toma de decisiones informadas y la participación activa del paciente en su autocuidado.
- Monitorización de glucosa: Los enfermeros ayudan a los pacientes a comprender cómo medir sus niveles de glucosa en sangre en casa y a interpretar los resultados. Esto permite un mejor control de la enfermedad y la detección temprana de fluctuaciones.
- Planificación de la alimentación: Los enfermeros trabajan junto con los pacientes para desarrollar planes de alimentación personalizados, que se ajusten a sus necesidades y preferencias. Se brinda orientación sobre el conteo de carbohidratos y el control de las porciones.
- Apoyo psicológico: La DM puede tener un impacto emocional significativo. Los enfermeros brindan apoyo emocional, ayudando a los pacientes a enfrentar el estrés y la ansiedad asociados con la enfermedad. También se promueve el desarrollo de estrategias de afrontamiento.
- Revisión de medicamentos: Los enfermeros revisan la medicación con los pacientes, asegurando que comprendan cómo y cuándo tomar sus medicamentos. También se abordan posibles efectos secundarios y la importancia de la adherencia.
- Prevención de complicaciones: Los enfermeros enfatizan la prevención de complicaciones a largo plazo, como enfermedades cardiovasculares, nefropatías y neuropatías. Se promueve el control de factores de riesgo como la presión arterial y el colesterol.
- Promoción del ejercicio: Se alienta a los pacientes a mantener un estilo de vida activo. Los enfermeros brindan pautas sobre la importancia del ejercicio regular y cómo incorporarlo de manera segura.
- Seguimiento continuo: Los enfermeros programan revisiones periódicas para evaluar el progreso y ajustar los planes de tratamiento según sea necesario. Esto permite una atención personalizada y una adaptación a las necesidades cambiantes del paciente.

La atención de enfermería en la persona con DM en atención primaria va más allá del tratamiento clínico; se centra en el empoderamiento del paciente y su capacidad para tomar decisiones informadas. Los enfermeros desempeñan un papel clave en el apoyo a una vida saludable y en la prevención de complicaciones, mejorando así la calidad de vida de las personas con DM.

5 Discusión-Conclusión

Una atención efectiva en los cuidados de la persona con Diabetes Mellitus (DM) en atención primaria se basa en la colaboración y el enfoque centrado en el paciente. En primer lugar, es fundamental fomentar una comunicación abierta y constante entre el equipo de salud y el paciente. Se recomienda que los profesionales escuchen activamente las preocupaciones del paciente, respondan a sus preguntas y establezcan metas de tratamiento personalizadas en conjunto.

En segundo lugar, la educación es clave. Los pacientes deben comprender su enfermedad, cómo manejarla y cómo prevenir complicaciones. Se alienta a los profesionales a proporcionar información clara y adaptada al nivel de comprensión del paciente, utilizando recursos visuales si es necesario.

Finalmente, se insta a promover la automonitorización regular de la glucosa, la adherencia a la medicación y un estilo de vida saludable. La atención primaria es el punto de partida para empoderar a los pacientes con DM, capacitándolos para tomar decisiones informadas y autogestionar su enfermedad de manera efectiva, lo que, a su vez, mejora su calidad de vida y previene complicaciones a largo plazo.

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

Capítulo 37

- ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

MARINA GÓMEZ ALONSO

CARLOS GARCÍA ABADILLO LARA

CARLOS LARRAÑETA ESPADAS

GLORIA MORA ALCÁZAR

LUCÍA MARRA MORALES

1 Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son afecciones complejas que afectan la relación de una persona con la comida, el peso corporal y la imagen corporal. Estos trastornos, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, pueden tener graves consecuencias para la salud física y mental.

La atención a pacientes con TCA es compleja y se centra en abordar tanto los aspectos físicos como los emocionales de la enfermedad. La detección temprana, el tratamiento especializado y el apoyo continuo son esenciales para ayudar a los pacientes a recuperar una relación saludable con la comida y su cuerpo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del enfermero en los pacientes con trastorno de conducta alimentaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 en el paciente con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es crucial para abordar tanto las complicaciones físicas como los aspectos emocionales de esta enfermedad compleja. Aquí se describen los aspectos clave de la atención de enfermería en pacientes con TCA:

- **Evaluación Integral:** La enfermera realiza una evaluación exhaustiva para comprender la gravedad del TCA y sus efectos físicos y emocionales. Esto incluye la monitorización de signos vitales, el estado nutricional, la hidratación y la función cardiopulmonar, así como la evaluación de la salud mental y la percepción de la imagen corporal.
- **Monitorización Continua:** El paciente con TCA puede estar en riesgo de complicaciones graves, como desequilibrios electrolíticos y desnutrición. La enfermera realiza un seguimiento constante de la ingesta de alimentos, la pérdida o ganancia de peso, los episodios de purga y otros comportamientos alimentarios anormales.
- **Apoyo Nutricional:** La enfermera trabaja junto con un dietista para desarrollar un plan de alimentación individualizado. Se fomenta la educación nutricional y la promoción de una relación saludable con la comida.
- **Apoyo Emocional:** Los TCA a menudo están relacionados con problemas emocionales y de autoimagen. La enfermera brinda apoyo emocional, escucha activamente las preocupaciones del paciente y fomenta la comunicación abierta. Se

pueden utilizar técnicas de terapia cognitivo-conductual para ayudar al paciente a cambiar los patrones de pensamiento negativos.

- **Prevención de Complicaciones:** La enfermera trabaja para prevenir complicaciones físicas y psicológicas. Esto puede incluir la prevención de recaídas y la detección temprana de signos de desnutrición, hipopotasemia u otros problemas médicos.
- **Educación al Paciente y a la Familia:** La enfermera educa al paciente y a su familia sobre la naturaleza de los TCA, los riesgos asociados y las estrategias para la recuperación. Esto incluye la promoción de un entorno de apoyo en el hogar.
- **Trabajo en Equipo:** La atención de pacientes con TCA a menudo requiere un enfoque interdisciplinario en colaboración con médicos, psicólogos y dietistas. La enfermera coordina y comunica eficazmente con otros miembros del equipo de atención.
- **Apoyo a la Autogestión:** Se alienta al paciente a asumir un papel activo en su recuperación, lo que incluye el seguimiento de su plan de tratamiento, el registro de alimentos y sentimientos, y el cumplimiento de las citas médicas y terapéuticas.

La atención de enfermería en pacientes con TCA abarca una amplia gama de aspectos físicos y emocionales. La enfermera desempeña un papel fundamental en el apoyo al paciente en su camino hacia la recuperación, promoviendo la salud física y emocional, y colaborando estrechamente con otros profesionales de la salud en un enfoque multidisciplinario.

5 Discusión-Conclusión

Para un tratamiento efectivo de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), es esencial un enfoque multidisciplinario y centrado en el paciente. En primer lugar, se recomienda una evaluación exhaustiva para comprender la gravedad del TCA y sus factores contribuyentes. La detección temprana es crucial, por lo que se insta a los profesionales de la salud a estar atentos a los signos y síntomas.

En segundo lugar, el tratamiento debe ser individualizado y adaptable a las necesidades específicas del paciente. Esto incluye un enfoque tanto en la recuperación física como en la salud mental y emocional. La terapia cognitivo-conductual y la

terapia nutricional son componentes comunes del tratamiento.

Además, el apoyo continuo y la comunicación abierta son esenciales. La familia y los seres queridos pueden desempeñar un papel vital en el proceso de recuperación, por lo que involucrarlos y educarlos es fundamental.

Un enfoque integral, personalizado y colaborativo es la clave para el tratamiento exitoso de los TCA. La recuperación es un proceso gradual, y el apoyo constante del equipo de atención y la red de apoyo del paciente son fundamentales para lograr resultados positivos.

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).

Capítulo 38

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

JESÚS RUIZ CIFUENTES

ANA ISABEL MOLINA CLEMOT

BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ

MARIA JOSE MARIN SANCHA

MARTA TENDERO RUIZ

1 Introducción

Para comprender este trabajo, es importante comprender algunos términos relacionados con la diálisis.

El estudio de la nefrología tiene como tarea comprender la anatomía y el funcionamiento de los riñones. La hemodiálisis es un tratamiento que se utiliza para reemplazar la capacidad periódica y tratar la insuficiencia renal.

Filtración de la sangre por los riñones.

Diálisis: se cree que este proceso de eliminar los desechos y el exceso de agua del cuerpo es artificial. Ahora comentaremos que será la enfermería de nefrología la que se encargue de la atención al paciente con enfermedad renal. En el proceso de hemodiálisis de enfermería, la atención al paciente consta de cuatro partes:

1. Enfoque de la educación para la salud.
2. Esté atento a esos factores de riesgo para poder controlarlos.
3. Mantenga el sistema vascular de su cuerpo funcionando normalmente.

4. Corregir las complicaciones que hayan podido surgir de la patología o tratamiento.

Debido a que un paciente que está inscrito en un programa de hemodiálisis es un paciente crónico, el personal de enfermería debe actuar de acuerdo con lo que significa una patología crónica para el paciente y su familia. Para que alguien esté calificado para trabajar en este campo, debe especializarse.

2 Objetivos

Conocer las funciones de enfermería implicadas en la hemodiálisis y así describir las ideas fundamentales detrás del área de diálisis.

3 Metodología

Para este proyecto se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica ya publicada. Se ha realizado una búsqueda en las principales bases de datos de libros, videos y artículos sobre el tema, en este caso enfermería, hemodiálisis, diálisis y nefrología, eligiendo aquellos provenientes de publicaciones académicas revisadas por pares.

4 Resultados

Cuando hablamos de cuidados integrales de enfermería en relación con la diálisis o la hemodiálisis, no queremos decir que esta profesión hace el trabajo por sí sola, más bien, es un equipo multidisciplinario el que completa la tarea. Junto con las auxiliares de enfermería, la enfermería ofrecería en particular los cuidados básicos del paciente durante todo el proceso patológico.

A medida que la patología avanza hacia la cronicidad, ayudaremos al paciente a abordar cualquier problema biopsicosocial que pueda desarrollarse para él y su familia.

El personal de enfermería desempeña las siguientes tareas o funciones en hemodiálisis, entre las que podemos destacar:

- Recibir al propio paciente en la estación de dializado.
- Dar a la familia del paciente una explicación detallada del procedimiento de hemodiálisis y cualquier información adicional que requieran.
- Reunir todos los detalles fundamentales y clínicos para comprender la condición del paciente.

- Prestar mucha atención, brindar apoyo y demostrar cuidado mientras el paciente recibe tratamiento.
- Estar atento a los llamados a la acción. Cualquier cambio que se produzca durante la hemodiálisis debe ser observado por la enfermera.
- Cooperación.
- Participar en el procedimiento con el médico y seguir sus instrucciones.
- Evaluar continuamente el estado del paciente.
- Utilizar las técnicas para el paciente. Diagnóstico y atención.
- Gestionar y vigilar el material estéril.
- Reemplace los componentes desgastados.
- Informar a la paciente y su familia sobre su atención médica mientras asesora continuamente al paciente sobre sus cuidados.

Todos estos deberes y responsabilidades crean una necesidad de especialización y educación continua para manejar la patología, proporcionar componentes para la hemodiálisis y administrar los dispositivos de manera efectiva. Esta es una de las habilidades sociales y de comunicación que enumeramos como esenciales para construir una relación.

5 Discusión-Conclusión

Tras una revisión de la literatura pertinente, podemos concluir que, desde la perspectiva del personal de enfermería, es muy importante comprender la patología y utilizar todas las herramientas y suministros necesarios para realizar la hemodiálisis sin poner en peligro al paciente.

El personal de enfermería estará en mejores condiciones de diagnosticar cualquier cambio que pueda notar en los pacientes como resultado del conocimiento de la patología porque se le brindarán los recursos para investigarlos. Junto a todo este conocimiento especializado, también deben cumplir con las pautas de esterilización e higienización para prevenir infecciones en el paciente debido a su estado vulnerable.

6 Bibliografía

1-<https://enfermeriablog.com/la-enfermera-de-hemodialisis/>.

Capítulo 39

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUE ESTÁ SUFRIENDO UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

JESÚS RUIZ CIFUENTES

MARTA TENDERO RUIZ

MARIA JOSE MARIN SANCHÁ

BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ

ANA ISABEL MOLINA CLEMOT

1 Introducción

El infarto agudo de miocardio (IAM), que es un componente del síndrome coronario agudo, ocurre cuando el corazón no recibe suficiente sangre. En el contexto de la cardiopatía isquémica, es la principal causa de muerte en España.

Cuando un infarto de miocardio es agudo, la arteria coronaria queda completamente bloqueada, lo que provoca la muerte de las células del tejido miocárdico. El infarto agudo de miocardio es una enfermedad crónica e irreversible que se desarrolla cuando se acumulan placas de lípidos y colágeno en las paredes de las arterias, lo que reduce el flujo sanguíneo y en última instancia, conduce a la formación de placas.

Los principales signos y síntomas que se conocen de advertencia de un infarto agudo de miocardio se enumeran a continuación.

- Dolor u opresión en el pecho, especialmente en el lado izquierdo, que puede irradiarse a los hombros o brazos, cuello, mandíbula o espalda.
- Sensación de disnea, dificultad para respirar o mareos.
- Debilidad.
- Náuseas o vómitos.
- Un nuevo sudor.
- Inestable.

Para reducir los daños y los efectos a largo plazo, el infarto agudo de miocardio debe tratarse de inmediato como una emergencia médica. Se diagnostica mediante un examen físico, una historia clínica exhaustiva y un electrocardiograma.

2 Objetivos

Describir cómo es un infarto agudo de miocardio, qué hace el personal de enfermería y cómo se trata en urgencias.

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 buscado minuciosamente libros, así como artículos seleccionar artículos científicos con contenido pertinente al tema de estudio de las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Una persona con enfermedad coronaria experimenta importantes efectos negativos en su calidad de vida, así como en su futuro social y personal, aumentando el riesgo de muerte súbita.

Actualmente, muchos pacientes jóvenes son diagnosticados de infarto agudo de miocardio, que afecta principalmente a hombres, debido a la alta prevalencia del tabaquismo y a los antecedentes familiares de enfermedad coronaria. Los jóvenes tienen una tasa de mortalidad por infarto menor que los pacientes que tienen un factor de riesgo importante, por lo que se debe hacer un seguimiento específico para este tipo de infarto.

Los infartos son ahora la principal causa de muerte en nuestro país, superando incluso al cáncer en términos de frecuencia. En España se producen alrededor de

100.000 infartos de miocardio al año.

Un paciente con un infarto de miocardio recibe como tratamiento principal lo siguiente:

Si corresponde, anime al paciente a hablar sobre cualquier experiencia traumática.

- Aconsejar al paciente que vigile su propio nivel de malestar y tome las medidas necesarias.
- Vigilar el uso de oxígeno del paciente.
- Vigila la cantidad de comida que comes.
- Asegurar que el paciente reciba atención analgésica para aliviar el dolor.
- Determinar las causas de la fatiga.
- Decidir la frecuencia necesaria y un calendario de seguimiento para medir el confort del paciente.
- Realizar una evaluación para saber cómo Los métodos eficaces para aliviar el dolor son.
- Desarrollar nuevas técnicas de manejo del dolor según sea necesario y adaptar las existentes en función de los comentarios de los pacientes.
- Si es necesario, administrar analgésicos y otros fármacos para aumentar la analgesia.

La enfermería debe avanzar en la comprensión de la importancia de las prácticas de estilos de vida saludables y de cómo reaccionar ante esta situación a través de la educación para la salud.

5 Discusión-Conclusión

Una de las principales causas de muerte en España es el infarto agudo de miocardio.

El público en general debe ser consciente de los síntomas y educarse sobre la importancia de buscar ayuda médica lo antes posible.

La educación sanitaria es fundamental en la prevención, dado lo importante que es mantener una dieta saludable, hacer ejercicio físico frecuentemente, evitar el sedentarismo y abstenerse de consumir tabaco y alcohol en exceso ataques cardíacos recientes. Todo esto mejora el flujo arterial, ayudando a prevenir posibles obstrucciones arteriales que podrían provocar un infarto agudo de miocardio.

El cateterismo percutáneo es un método potencial de revascularización tisular, siendo la angiografía coronaria el curso de tratamiento preferido para el infarto de miocardio con elevación del segmento ST.

6 Bibliografía

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

Capítulo 40

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE CON LITIASIS RENAL

JESÚS RUIZ CIFUENTES

MARTA TENDERO RUIZ

BLANCA CEBRIÁN SÁNCHEZ

ANA ISABEL MOLINA CLEMOT

MARIA JOSE MARIN SANCHA

1 Introducción

Una patología conocida como cálculos renales se identifica por la presencia de cálculos en el parénquima renal, cálices, pelvis o uréter, que es el sistema urinario superior. Esta patología urológica conlleva mayores costos financieros y sociales debido a la necesidad de atención urgente, pruebas adicionales, terapias farmacéuticas y estancias hospitalarias y cirugías.

La absorción, el metabolismo o la excreción de los componentes de los cálculos, la presencia de sustancias que previenen la formación de cálculos o el pH de la orina son anormales en los pacientes con cálculos renales.

El tamaño, la ubicación y la composición de los cálculos en el sistema urinario afectan la presentación clínica de los cálculos renales.

Algunos pueden tener una mínima sintomatología.

El tercer trastorno más frecuente del sistema urinario son los cálculos renales. Según estimaciones, el 15% de las personas desarrollarán cálculos (5% de las mu-

jeros y 12% de los hombres). Los hombres son más sintomáticos que las mujeres cuando se trata de manifestaciones clínicas.

La coexistencia de numerosos factores extrínsecos, principalmente dietéticos y ambientales, dificulta determinar si existe un componente hereditario en la litiasis.

En algunas posiciones, los pacientes con cálculos renales pueden experimentar cierto alivio. Con frecuencia se mueven en un esfuerzo por deshacerse de cualquier cosa que los incomode, como sentarse, pararse, caminar, acostarse y acostarse.

2 Objetivos

Informar sobre los diversos tratamientos dietéticos y quirúrgicos para ayudar a los profesionales médicos a atender mejor a los pacientes con esta enfermedad.

3 Metodología

Se realizaron varias búsquedas bibliográficas como parte de la revisión bibliográfica y se eligieron artículos de interés. Luego, estos artículos fueron revisados y respondidos mediante una lectura crítica sistemática, los objetivos previstos.

Se utilizan motores de búsqueda como PubMed, Biblioteca Biomédica Virtual SciELO, Elsevier, la base de datos CUIDEN, Google Scholar y diversos libros y manuales especializados en urología.

4 Resultados

Como decía en la introducción, después de leer varios artículos, podemos decir que la litiasis renal es una obstrucción del uréter, que puede traspasar.

Dependiendo de dónde se ubique el cálculo, diferentes niveles. Puede ocurrir por diversas razones, incluidos factores genéticos y dietéticos, y cualquier persona puede contraerla, independientemente de su sexo o raza.

La litiasis urinaria es más frecuente en Occidente, como lo demuestra un hallazgo de 2021 de que está aumentando en los países desarrollados en comparación con los subdesarrollados.

Debido a los cambios en la dieta y la obesidad, se ha demostrado que las mujeres experimentan una mayor incidencia que los hombres.

Aunque los cálculos de ácido úrico son cada vez más comunes, los cálculos de oxalato de calcio siguen siendo los más comunes.

Hay una serie de factores que se deben tener en cuenta en cada caso a la hora de elegir el tratamiento. Antes de tratar a un paciente, tenga en cuenta sus características únicas, incluidas comorbilidades, anatomía, tratamientos previos, etc. entre otras cosas, preferencias personales. A continuación, fíjate en las características de la piedra, como su volumen, ubicación, cantidad y densidad.

En tercer lugar, piense en la experiencia o habilidades de cada cirujano y en las técnicas que domina. En cuarto lugar, piense en los instrumentos y equipos que están disponibles en el centro donde trataremos al paciente.

El personal de enfermería instruirá al paciente en prácticas dietéticas que prevenirán o reducirán la formación de cálculos. Los pacientes que ya lo experimenten aprenderán técnicas efectivas para controlar el dolor. Todo ello se traducirá en menos visitas al médico y menos consumo de medicamentos, lo que permitirá ahorrar dinero. Para el sistema de seguridad social.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, existen numerosas posibilidades de recurrencia de la enfermedad de cálculos. A lo largo de su vida, la mayoría de los pacientes corren el riesgo de desarrollar nuevos episodios de cálculos. Esta es la razón por la que empezar desde abajo.

La detección temprana de pacientes con síndrome metabólico es crucial porque centrarse en los factores asociados no solo ayudará a tratar la nefrolitiasis, sino también a intentar detener la evolución hacia formas más graves complicaciones más graves, particularmente incidentes cardíacos.

Como los cálculos renales son una enfermedad común, es posible prevenir su desarrollo obteniendo un diagnóstico lo antes posible. De las complicaciones que esta enfermedad puede causar, así como de las recurrencias. Esta investigación tiene como objetivo proporcionar una descripción completa de los diversos métodos de diagnóstico instrumentales y químicos para que se puedan determinar los mejores métodos y tratamientos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 41

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

IKER AÑIBARRO ARRIETA

MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA

ALBA MARIA ARENAS BURRIEL

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

1 Introducción

Los trastornos mentales son un problema de salud que van creciendo en todo el mundo. Tienen altos costos económicos y sociales con consecuencias que afectan directa o indirectamente al propio paciente, a su entorno, y a toda la sociedad. Aunque el concepto de psicosis ha evolucionado en los últimos años, a menudo se hace referencia a estos pacientes como "locos", "peligrosos" o "enfermos mentales". Estos prejuicios causan mucha discriminación en las actitudes sociales, especialmente en el lugar de trabajo, lo que afecta el desarrollo normal de la vida de estas personas. Es importante saber que la habilidad de los paramédicos en el sector de la salud es llamar la atención del público sobre las personas con problemas de salud mental y de promover la conciencia de la importancia de prevenir la exclusión social de estos pacientes, al tiempo que promueve la independencia.

Por lo general, ocurre entre los 20 y los 30 años, pero a veces se produce en la infancia o adultez muy tardía. Afecta a ambos sexos por igual.

Se divide en dos subgrupos: trastorno esquizoafectivo bipolar, cuando el trastorno incluye episodios maníacos o mixtos, y trastorno esquizoafectivo depresivo, es cuando el trastorno incluye únicamente episodios de depresión mayor.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar los cuidados y atención por parte del personal de enfermería en un paciente con trastorno bipolar y sus cuidados.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación, la cual consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros escogidos y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo. Se han seleccionado los artículos científicos con contenido relacionado con el tema de estudio.

4 Resultados

El principal problema es la gestión sanitaria ineficaz, debido a la falta de conocimiento e interacción. Para aumentar el conocimiento y promover la independencia se programarán citas con los pacientes para ayudarlos a seguir las recomendaciones adecuadas. La depresión afecta no solo al paciente, sino a todo el entorno del paciente y provoca cambios según la localización de la enfermedad. Los planes de atención a las personas con enfermedad mental están diseñados para preservar la máxima autonomía del paciente. La salud mental necesita cada vez más recursos a medida que aumenta el número de casos, más expertos y más investigación son necesarios para prevenir y mejorar la enfermedad con tratamientos existentes. Como familiares, debemos proporcionar la gama más amplia posible de tratamientos, evaluar a los pacientes de manera integral y ajustar nuestros esfuerzos para que los pacientes puedan vivir una vida lo más normal posible. El inicio del trastorno puede ir acompañado de aislamiento social, pérdida de interés en la escuela o el trabajo y alteraciones del comportamiento.

La aparición de comportamientos extraños corresponde a periodos de actividad y permite identificar la enfermedad. El diagnóstico se basará en los síntomas presentes, la duración y el efecto en el cuerpo y la vida del paciente. En cambio, se realizan pruebas adicionales como escáneres cerebrales, análisis de sangre y orina para descartar otros tipos de trastornos.

Esto podría explicar la situación clínica. Se desconoce la causa biológica de la enfermedad, pero existen varias hipótesis que sugiere un mal funcionamiento entre diferentes sistemas de neurotransmisión. Puede haber una serie de factores genéticos o hereditarios que alteran los impulsos nerviosos en el cerebro, así como desencadenantes, algunos de los cuales son familiares, farmacológicos y nutricionales y medicamento.

5 Discusión-Conclusión

Finalmente, en el tratamiento, la combinación más común es la farmacología y la rehabilitación es la mejor opción para arreglar la autonomía del paciente. Es necesario conocer la importancia del apoyo disciplinario para otros profesionales de la salud y un plan de intervención individualizado adaptado para cada paciente.

El papel de la enfermería es clave en el proceso de aprendizaje del paciente y del manejo de la enfermedad, ya que las intervenciones biológicas y sociales incluyen una serie de medidas destinadas a minimizar los síntomas de los pacientes al estrés, facilitar la recuperación, obligarlos a adaptarse y métodos de mejora y protección de las familias. Estas intervenciones pueden centrarse en la prevención de las recaídas, la adquisición de habilidades sociales y la eficacia de los asuntos sociales.

6 Bibliografía

1. Asociación psiquiátrica Española. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de España Salud Mental 2017; 37(1):1-120.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 42

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

IKER AÑIBARRO ARRIETA

MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA

ALBA MARIA ARENAS BURRIEL

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

1 Introducción

La intubación a largo plazo y el uso previo de antibióticos son los dos factores de riesgo más importantes para la aparición de neumonía de inicio tardío.

Sin embargo, las infecciones hospitalarias existen desde el año 325 de nuestra era, cuando se desarrollaron como un gesto de caridad hacia los enfermos, por lo que no se trata de un desarrollo reciente.

Las neumonías que son adquiridas en la unidad de cuidados intensivos (UCI) o nosocomiales, es decir, que cogen en esta unidad, son aquellas de aparición tardía. Sería mejor referirla como neumonía adquirida por intubación endotraqueal, lo que reflejaría mejor la patogenia, porque estas típicamente se indican asociadas al ventilador. Los organismos causantes de esta neumonía, que se manifiesta a los cuatro días del ingreso, son típicos de los adquiridos en cualquier hospital.

Si bien los microorganismos aislados frecuentemente difieren de los encontrados en pacientes con infecciones contraídas fuera del hospital, existen diferencias en el tipo de microorganismo y sus patrones de resistencia. Esto también puede cambiar dependiendo del tipo de hospital donde se reciba.

Se recomienda encarecidamente seguir los siguientes pasos específicos para prevenir la neumonía:

1. Descontaminación del tracto digestivo específicamente (DDS).
2. Las secreciones de la subglotis se aspiran continuamente.
3. Antibióticos administrados en todo el cuerpo durante la intubación en pacientes con baja conciencia.

2 Objetivos

Proponer unas medidas preventivas y unas actuaciones para intentar, sobre todo, que las neumonías asociadas al ventilador en unidades de cuidados intensivos se vean más disminuidas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 del intervalo entre el ingreso y el desarrollo de la neumonía en pacientes críticos ha permitido identificar dos grupos:.

1. Neumonía que se desarrolla rápidamente.
2. Neumonía de inicio tardío.

Una infección se contrae con frecuencia en los hospitales. En algunas circunstancias es imposible prevenir su aparición, incluso en los centros más especializados y en mejores condiciones.

La principal causa de infecciones hospitalarias, la principal causa de infecciones en las unidades de cuidados intensivos y la principal causa de alta mortalidad es la neumonía nosocomial.

A pesar de que ambos son comunes entre los pacientes hospitalizados y parecen tener una morbilidad similar, existen distinciones significativas entre ellos, incluidas las relacionadas con la epidemiología, la patogenia, la prevención y el tratamiento.

Las bacterias gramnegativas y grampositivas pueden colonizar a todos los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos y la flora hospitalaria predomina en la colonización de las secreciones respiratorias.

Según todos los estudios consultados, un conjunto de medidas preventivas tomadas por el personal de enfermería: 1. Educación y formación adecuadas en el manejo de la vía aérea.

2. Lavado estricto de manos en el manejo de la vía aérea.

3. Control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento por encima de 20 cm H₂O.

4. Usar clorhexidina para una buena higiene oral cada 6 a 8 horas.

5. Cuando sea posible, evite acostarse boca arriba.

6. Favorecer todas las técnicas que permitan la reducción segura de la intubación y su tiempo.

7. Evitar los cambios programados del tubo traqueal y del humidificador.

Es crucial estar atento a la vigilancia, prevención y control en esta área porque como personal de enfermería debemos lidiar regularmente con el riesgo de contraer una infección hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar a los pacientes en los hospitales una atención de mayor calibre, es fundamental medir los indicadores. Se menciona una investigación en curso y en curso sobre la neumonía en pacientes de la UCI. Para implementar estrategias que disminuyan este problema y aseguren el control, es fundamental comprender las tendencias y los recursos disponibles para los hospitales. Dado que la UCI es un trabajo que requiere equipo y requiere formación, tanto teórica como práctica, de todos sus empleados, es necesario que el personal de enfermería esté plenamente cualificado para trabajar allí con el fin de intentar reducir la incidencia de estas infecciones.

6 Bibliografía

1. Podnos SD, Toews GB, Pierce AK. Nosocomial pneumonia in patients in intensive care units. West J Med. 1985 Nov;143(5):622-7.

2. M. Basulto Barroso, J. Carr González, H. Diaz Agüero. Infección nosocomial.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 43

ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES QUE PADECEN INCONTINENCIA URINARIA

ALMUDENA TORRES ATIENZAR

IKER AÑIBARRO ARRIETA

MARINA SAN ROMÁN ARRILLAGA

ALBA MARIA ARENAS BURRIEL

MILAGROS HONRUBIA PÉREZ

1 Introducción

Para el personal de enfermería, los pacientes, los cuidadores y la sociedad en general, la incontinencia urinaria, que definimos como la incapacidad de controlar voluntariamente la orina en adultos con antecedentes de incontinencia urinaria, es un problema grave. La edad, el embarazo y el parto del paciente, el parto, la movilidad/deterioro cognitivo y las comorbilidades son los principales factores de riesgo de incontinencia urinaria. El nivel de independencia puede dar lugar a situaciones de aislamiento debido a la estigmatización. La incontinencia urinaria también tiene un impacto en el medio ambiente, en particular las relaciones familiares. Para brindar atención adicional a la atención, las enfermeras o enfermeras pueden colaborar con otros profesionales de la salud. Los médicos tendrán la responsabilidad de determinar cómo esta patología afecta la vida diaria, ayudará

a los pacientes a evitar tales pérdidas y recomendar el mejor curso de acción para resolver cualquier problema que pueda surgir en el futuro. Con frecuencia se requiere la mejor calidad de vida para estos pacientes antes de comenzar el tratamiento médico o quirúrgico. Se ha demostrado que los ejercicios para fortalecer el piso pélvico, los conos vaginales, la terapia de ejercicio y la estimulación eléctrica intravaginal reducen los síntomas de la incontinencia hasta en un 85%.

2 Objetivos

1. Conocer los tipos que hay de incontinencia urinaria.
2. Conocer los cuidados de enfermería de los pacientes que sufren esta enfermedad.

3 Metodología

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

4 Resultados

La gestión del cuidado de la mujer vuelve a ser un tema delicado y significativo, y la mujer necesita información para poder utilizar procedimientos que le den una sensación de seguridad. Si un paciente presenta síntomas de una infección del tracto urinario, como polaquiuria, disuria y urgencia urinaria, las enfermeras deben tomar muestras para análisis de orina, cultivo y pruebas de susceptibilidad a medicamentos, según sea necesario. La incontinencia urinaria es un problema común para las mujeres en la sociedad española, y los pacientes con la condición son comunes en nuestra línea de trabajo. Existen diferentes tipos de incontinencia urinaria:

1. Incontinencia de esfuerzo: este es el término que usamos para describir la micción forzada que ocurre cuando las personas tosen, estornudan, levantan pesas o suben escaleras. Aunque es más típico en mujeres posmenopáusicas, las mujeres más jóvenes pueden trotar o realizar actividad aeróbica la semana anterior a su

período. Algunas de las causas de esto incluyen beber cantidades excesivas de líquidos, una próstata agrandada o una infección del tracto urinario.

2. Incontinencia por rebosamiento: cuando la vejiga no se vacía por completo por sí sola, se desarrolla esta afección. Después de usar el urinario, queda una pequeña cantidad de orina en la vejiga y esta orina adicional hace que la vejiga se llene.

3. La incontinencia mixta es una condición que se produce cuando coexisten síntomas de estrés e incontinencia como consecuencia de una situación de urgencia. La incontinencia mixta es el tipo más típico de incontinencia urinaria en mujeres de mediana edad y mayores. La fuga de orina del paciente se ha documentado previamente al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal.

La enfermedad de Parkinson, la depresión o la enfermedad de Alzheimer pueden estar indicadas por incontinencia funcional. Incluso si su sistema urinario funciona normalmente, la paciente no puede controlar la frecuencia con la que orina.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento para la incontinencia urinaria comienza con cuidados conservadores y fisioterapia, aunque también hay medicamentos disponibles, pero estos pueden causar sequedad en la boca o palpitaciones en algunos pacientes. El objetivo del cuidador o familiar es tratar la incontinencia urinaria para mejorar la calidad de vida del paciente, por lo que debe abordarse de acuerdo con los deseos, el estilo de vida y las circunstancias individuales de cada paciente. La respuesta del paciente puede proporcionar suficiente información inicial para desarrollar un plan de atención que incluya educación del paciente, ejercicio y posible derivación a otro profesional de la salud.

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 44

INTOXICACIONES POR SETAS Y HONGOS EN OTOÑO Y SU ANTÍDOTO: LA SILIBININA

CARIDAD BELÉN HERNÁNDEZ CALERO

1 Introducción

Como bien es conocido, el otoño es por excelencia el mes de salir al campo y recolectar setas, pero no todas las salidas pueden ser igual de afortunadas. La recolección de setas conlleva un proceso metódico de análisis y estudio, ya que muchas de las especies encontradas en el campo pueden presentar características similares que nos lleven a la confusión.

Demasiado son los casos cada año que llegan a servicios de urgencias por dolores abdominales o problemas gastrointestinales, que no siempre se asocia a la ingesta de setas, demorando de esta forma el tratamiento adecuado para ello.

La toxicidad de los hongos y setas son muy variadas, pueden ir desde alteraciones visuales, alucinaciones... a problemas digestivos, vómitos, diarrea, dolor abdominal intenso, y los más graves son los que afectan a la función del hígado, de ahí viene el problema más importante y las consecuencias de no recibir el tratamiento adecuado en un corto periodo de tiempo las consecuencias pueden ser mortales.

La principal intoxicación por setas hepatotóxicas está relacionada con el consumo de setas que contienen amanitinas (manita phalloides, Amanita verna, Amanita virosa, Lepiota Brunneoincarnata y Galerina marginata), algunas de ellas son fáciles de confundir con las típicas "setas de cardo".

Las setas no tienen antidotos como tal, sino que nos referimos a fármacos que actúan sobre los efectos o complicaciones de las toxinas. En este caso preciso de intoxicaciones hepatotóxicas hacemos referencia al extracto del "cardo mariano" (milk thistle), ya que hasta ahora es el mejor tratamiento disponible. Actualmente, lo encontramos en su forma farmacéutica: Legalon sil 350 mg liofilizado para solución para perfusión.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Actuar de forma rápida y sin demorarse en el tiempo en el caso de una ingestión de amanitinas.

Objetivos secundarios:

- Relacionar los problemas gastrointestinales con los que acuden los pacientes al servicio de urgencias con una posible ingesta de setas en época otoñal: diarrea intensa, tipo coleriforme, náuseas y vómitos.
- Identificar la presencia de amanitinas en orina por un método específico de radio inmunoanálisis.

3 Caso clínico

Mujer de 42 años que acude al servicio de urgencias tras más de 24 horas con vómitos, diarrea y dolor abdominal intenso, y más de 36 horas de haber comido setas. En este caso fueron dos miembros de la familia los que cocinaron dichas setas. Cuando llegó al hospital su hígado ya no tenía solución.

A la paciente subió directa al servicio de cuidados intensivos tras el diagnóstico, y recibió el tratamiento terapéutico indicado en estos casos, como es la hidratación, con el fin de eliminar por orina la mayor cantidad de amanitinas. En este caso ya era tarde, y el hígado ya estaba afectado, a pesar de eso se inició el tratamiento para proteger el hígado con Legalón intravenoso 5 mg/kg en una hora, y posteriormente una perfusión de mantenimiento, con el objetivo de proteger la entrada de toxinas en el hepatocito, que como hemos indicado anteriormente ya era tarde debido al tiempo que había pasado desde que la paciente comenzó con los síntomas, hasta que acudió al servicio de urgencias.

También se la trató con terapia antibiótica: penicilina.

Se le colocó una sonda nasogástrica y se instiló carbón activado cada 3 horas.

Se le fueron controlando las constantes vitales y diuresis cada hora. Y se le realizaron diversos análisis bioquímicos y de orina para valorar la presencia de amaniturias.

En este caso, la paciente tuvo suerte y se salvó porque aquella noche hubo un donante y se sometió a un trasplante de hígado, ya que como hemos dicho al inicio del caso clínico, cuando la paciente llegó al servicio de urgencias habían pasado más de 24 horas, y los hepatocitos ya estaban muy afectados por la toxina.

4 Discusión-Conclusión

Es importante, sobre todo en épocas otoñales, incidir a la población que acudan rápido a los servicios de urgencias en el caso de que hayan consumido setas, para descartar un posible daño hepático. Que no recolecten setas que no conozcan, y que no acepten setas que no hayan recolectado ellos.

También es importante que los profesionales de los servicios de urgencias, tanto enfermería cuando realiza el triaje en la puerta de urgencias, como el servicio de medicina, tengan en cuenta y sospechen de una posible intoxicación por setas, sobre todo si estamos en temporada. Además, es importante que conozcan como atajar el problema, el tratamiento que se debe de usar y como tratar el paciente.

5 Bibliografía

1. Legalon®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.
2. Gispert A, Aguilar R. Manejo de las intoxicaciones por setas. Boletín de Antídotos de Cataluña 2019; 2(3): 1-9.
3. <https://redantidotos.org/antidoto/silibinina/>.
4. Protocolo intoxicaciones Hospital de Navarra. Servicio de urgencias.
5. Ficha antídoto Sibilinina Murcia Salud.

Capítulo 45

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE ÚLCERAS CORNEALES EN URGENCIAS.

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

M. PILAR NOVALBOS GOMEZ

ELENA MOROTE CUMPLIDO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

1 Introducción

Las úlceras corneales son erosiones o heridas en la córnea (capa exterior transparente en la parte delantera del ojo y que ayuda al ojo a enfocar la luz para que podamos ver con claridad) muy dolorosas que están provocadas por diferentes factores. Causan un deterioro de la superficie ocular y de la capacidad visual y sus consecuencias pueden llegar a ser graves.

En general, las úlceras corneales aparecen a causa de una infección bacteriana, una infección vírica, una infección micótica, una infección parasitaria u otras posibles causas como son abrasiones o quemaduras en la córnea causadas por una lesión en el ojo, síndrome de ojo seco, la parálisis de Bell y otros trastornos del párpado.

Los síntomas de úlceras de la córnea incluyen visión borrosa o nublada, ojo rojo, picazón y secreción, sensibilidad a la luz (fotofobia), ojos llorosos y muy dolorosos y parche blanco en la córnea.

Para su diagnóstico, dependiendo del factor desencadenante, realizaremos una tinción de la córnea con fluoresceína, una Queratometría (medición de la curvatura corneal), respuesta del reflejo pupilar, examen de refracción, examen con lámpara de hendidura, exámenes para la resequedad en el ojo, agudeza visual y en caso de infección tomaremos una muestra para realizar cultivos e identificar la bacteria, hongos o virus que han causado la infección con la finalidad de poner el tratamiento adecuado en la mayor brevedad posible.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las úlceras corneales desde el punto de vista de la enfermería.

3 Caso clínico

Paciente de 35 años que acude a urgencias por molestias oculares en el ojo derecho. Asegura que tras estar paseando por el campo hace aproximadamente una hora, se ha golpeado con una rama en el ojo derecho y desde entonces tiene ojo rojo, visión borrosa, fotofobia, lagrimeo y mucho dolor. Es derivado al servicio de oftalmología.

Antecedentes oftalmológicos:

Usuario de gafas que no usa habitualmente. Agudeza visual del ojo derecho 0,50 y del ojo izquierdo 0,70, agudeza visual binocular 0,70 sin corrección. Antecedentes personales: madre operada de cataratas en 2017 y padre operado de desprendimiento de Retina en 2019 a consecuencia de un traumatismo. No reacciones medicamentosas conocidas.

Datos clínicos:

Agudeza visual ojo derecho 0,20 y ojo izquierdo 0,70. Agudeza binocular 0,70 sin corrección. Presión intraocular ojo derecho 17 y ojo izquierdo 15.

Tras la tinción de la córnea con fluoresceína y tras examinarlo con la lámpara de hendidura, observamos que el paciente presenta una úlcera corneal.

Diagnóstico: úlcera corneal por traumatismo vegetal.

Tratamiento:

Oftacilox 3 mg/g Pomada oftálmica: aplicar 1 vez cada 8 horas durante 1 semana.
Ciclopléjico 10 mg/ml: aplicar si dolor, 1 o 2 gotas cada 8 horas durante 3 días.

Actuaciones de enfermería durante el proceso:

La enfermera, durante la consulta, será la encargada de ayudar al oftalmólogo en la aplicación de fluoresceína así como en la apertura de los párpados en la lámpara de hendidura. Tras su diagnóstico, la enfermera administrará la medicación prescrita por el oftalmólogo, en este caso colirio Ciclopléjico y Oftacilox en ungüento.

Recomendaciones por parte de enfermería:

- Hacer hincapié en lo importante que es seguir el tratamiento indicado por el oftalmólogo para su completa curación y que el problema no se agrave.
- Lavarse las manos antes y después de aplicar los colirios y en caso de limpiarse, usar gasas limpias.
- No tocar el ojo o el párpado con los aplicadores de los colirios, ya que si no podrían contaminarse.
- No frotarse los ojos.
- Guardar los colirios en la nevera, pues además de tener mejor conservación, al aplicárselo tendrá un efecto antiinflamatorio y aliviará el dolor.
- Recomendar que haga uso de sus gafas graduadas y que durante estos días es mejor que use gafas de sol, pues aliviará las molestias de fotofobia.
- Aconsejar que durante los próximos 15 días mínimo, use lágrima artificial 4 veces al día para aliviar molestias y si tiene sensación de arenilla, ponerse lágrima artificial cada 2 horas.
- Recordarle que en caso de empeoramiento, debe volver al servicio de urgencias para valorarle de nuevo.

4 Discusión-Conclusión

Los traumatismos corneales son bastante comunes, ya que es la parte del ojo que más expuesta está a los agentes externos. Es muy importante que las úlceras corneales se traten a tiempo para evitar que la córnea pierda transparencia, por ello el tratamiento deberá iniciarse cuanto antes para prevenir posibles cicatrificaciones de la córnea que puedan llevar a un empeoramiento de la visión.

Es muy importante que la enfermera insista al paciente en lo importante que es ponerse el tratamiento en la pauta que ha indicado el oftalmólogo para su recuperación, al igual que hacer las recomendaciones adecuadas para evitar que nuevamente vuelva a suceder.

5 Bibliografía

1. Clínica Baviera. ¿Qué es la córnea?[Internet]. Valencia [Consultado 26 SEP 2023]. Disponible en: <https://www.clinicabaviera.com/cornea-queratocono>.
2. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Úlceras corneales [Internet]. Madrid [Consultado 26 SEP 2023]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/profesionales/ulceras-corneales>.
3. National Eye Institute. Afecciones de la córnea [Internet]. [Revisado 3 AGO 2019; consultado 26 SEP 2023]. Disponible en: <https://www.nei.nih.gov/espanol/aprenda-sobre-la-salud-ocular/enfermedades-y-afecciones-de-los-ojos/afecciones-de-la-cornea#:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20c%C3%B3rnea%3F,que%20podamos%20ver>
4. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.). Úlceras e infecciones corneales;[actualizado 22 AGO 2022; consultado 26 SEP 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001032.htm>.

Capítulo 46

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE SONDADO Y TIPOS DE SONDAS

MARÍA GONZALO LÓPEZ

CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ

ANA MARÍA HERNANDO SERRANO

MIRIAM CERVANTES NAVARRO

SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES

1 Introducción

Las sondas son tubos largos y flexibles de diferentes materiales, normalmente goma o plástico, usadas en medicina para la evacuación de líquido del organismo hacia el exterior. Si estas son permanentes dispone de un globo pequeño inflado en el extremo. Esto hace que el paciente no pueda retirarla o debido a cualquier otro motivo la sonda se desplace hacia el exterior.

Son utilizadas en un momento dado por necesidades terapéuticas del paciente o incluso puede ser permanentes dependiendo del estado físico de este. El sondaje consiste en la introducción de una sonda por el orificio corporal correspondiente. Pueden servir para instilar líquido en una cavidad, o bien para extraerlo, como las sondas de drenaje, pero siempre su introducción en el organismo se realiza sin

traumatismos y con el mejor confort posible para el paciente. Los diferentes modelos están adaptados a la finalidad prevista, como alcanzar las vías respiratorias, genitourinarias, intestinales o rectales.

Su colocación y retirada es realizada por el personal de enfermería con la ayuda de técnico en auxiliar de enfermería. La colocación es una técnica estéril para evitar posibles infecciones derivadas de dicho procedimiento. Esta técnica ha de ser lo más cuidadosa posible para evitar todo tipo de complicaciones y lubricada para facilitar en todo lo posible su introducción.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar los diferentes tipos de sondajes.

Objetivo secundario:

- Conocer los cuidados que el personal de enfermería debe de realizar.

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

- Las sondas vesicales:

Dentro de las sondas más utilizadas en un hospital están las sondas vesicales.

Estas puede ser temporales o permanentes. Las sondas vesicales temporales se utilizan en estancias en hospitales y en una intervención quirúrgica. Las sondas vesicales tienen diferentes calibres y materiales para evacuar la orina de la vejiga. Las sondas de látex está indicado para sondajes cortos (2-3 semanas) y la silicona y el poliuretano para sondajes prolongados (3 meses aprox.). Debido a las alergias que produce el látex, se ha incorporado el látex siliconado.

Las más utilizadas son:

- Foley: es flexible y dispone de dos o tres luces; una para drenar la orina, otra para hinchar el globo, en el caso de dos luces, y en el caso de contar con una

tercera luz esta es destinada para la irrigación de la vejiga. Esta última es menos utilizada.

- Robinson o Nelaton: de una sola luz. Su uso suele ser puntual.
- Pezzer y Malecot: estas sondas se insertan quirúrgicamente y disponen de una sola luz. Dichas sondas se pueden decir que son permanentes.
- Las sondas nasogástricas:

Son aquellas colocadas en el estómago o intestino delgado a través de la nariz. Su uso es para alimentación, la aspiración o la comprensión. Entre las sondas alimentación se encuentran la Levin o Nutriflex, la aspiración están la Levin, Salem y Miller-Abbot y comprensión destaca las esofágicas denominadas Sengstaken-blackmore.

- Las sondas rectales:

Dentro de las sondas destacan las sondas Robinson y Nelaton. Estas no son permanentes y sirven para evacuar heces en un momento determinado.

Dentro de los cuidados comunes de enfermería para todo tipo de sondas cómo observar periódicamente la permeabilidad, vigilar la sonda en todo momento para asegurar que no existe ninguna obstrucción, limpieza diaria y sustitución de estas cuando sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Las sondas son la solución adecuada para los pacientes que en algún momento de su vida debido a sus patologías hacen que no sea posible la eliminación de sustancias al exterior del organismo de forma natural. Así mismo en determinadas ocasiones es la única vía para la introducción de nutrientes. Los motivos más comunes por los cuales los pacientes debe utilizar un sondaje es por incontinencia urinaria, retención o por una cirugía. El uso de las sondas en pacientes no se limita al ámbito hospitalario, sino que muchas personas hacen uso de estas en su vida cotidiana ya sea para la eliminación de desechos como para su alimentación.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003981.htm>.
2. <https://www.wellspect.es/tu-vejiga/iniciacion-al-cateterismo-intermitentelimpio-cil/una-sonda-solo-para-ti/diferentes-tipos-de-sondas>.
3. <https://escuelainenka.com/cuantos-tipos-sondas-hay/>.

Capítulo 47

LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA TRAS INTERVENCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

MARÍA GONZALO LÓPEZ

CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ

ANA MARÍA HERNANDO SERRANO

MIRIAM CERVANTES NAVARRO

SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES

1 Introducción

La gonartrosis es una enfermedad degenerativa articular cuyo diagnóstico se basa en la conjunción de manifestaciones clínicas, hallazgos exploratorios y signos radiológicos. El objetivo del tratamiento quirúrgico es sustituir con una prótesis, la rodilla, o la parte de la rodilla, que esté dañada. La prótesis total de rodilla sustituye toda la superficie de la articulación de la rodilla (ambos cóndilos femorales y la totalidad del platillo tibial).

La cirugía protésica de rodilla es la cirugía más habitual de reemplazo articular en los países avanzados, haciendo que las cifras sigan aumentando permanentemente debido al envejecimiento de la población. Siendo dicho grupo, el que se beneficie de esta cirugía donde se encuentran la mayoría de las enfermedades

articulares degenerativas que carcomen el cartílago articular, siendo la más frecuente la artrosis.

Esta intervención quirúrgica es la forma de mejorar la calidad de vida y el estado de salud general de estos pacientes, al recuperar la capacidad de actividad física perdida. En el siguiente caso clínico, se aplica el proceso de atención de enfermería (PAE) a la práctica diaria en una paciente elegida por su patología, al azar, que ingresa para ser intervenida de forma programada en la planta de cirugía ortopédica y traumatología.

2 Objetivos

- Dar a conocer el seguimiento y los cuidados precisos en un caso clínico de forma racional y sistemática.
- Establecer planes de cuidados individuales para prevenir y resolver los problemas que surjan en el proceso de recuperación y rehabilitación del paciente hasta el momento del alta, y asegurar una buena adaptación en el domicilio.

3 Caso clínico

Mujer de 68 años que presenta gonartrosis avanzada de rodilla izquierda. Ingresa para una cirugía programada de Artroplastia Total de Rodilla (ATR) el día 10 de enero de 2023

- Exploración física preoperatoria sin alteraciones patológicas. Diagnosticada previamente de: Hipertensión arterial, Hiperlipidemia, Insuficiencia venosa en extremidades inferiores (en tratamiento). No fumadora.
- Intervención: se administra anestesia raquídea, se le implanta una prótesis total de rodilla Optetrak LOGIC izquierda. Se comprueba la correcta estabilidad de la prótesis. Se coloca drenaje tipo CBC II, se cierra la herida mediante primera intención (grapas) y se coloca vendaje compresivo. La paciente sube a las 11 horas portando vendaje compresivo y drenaje tipo CBC II (420cc), sonda vesical Foley n.º 16, vía periférica n.º 18 con fluidoterapia (plasmalyte de 80 ml/h y bomba elastomérica con anestésico a 8 ml/h). Inicia ingesta oral progresiva con buena tolerancia.

EVA: 0. Respiración eupneica. Saturación de oxígeno (Sat O₂) 95%. Tensión arterial (TA) 125/87 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) 79 lpm. Temperatura (T^a) 36,5 °C.

Presenta buena coloración de la piel y está consciente y orientada en tiempo, espacio y persona.

Actitud de la familia:

La familia muestra interés por aprender la manera de realizar los ejercicios isotónicos para la rehabilitación. Comienza su realización en cama. La Prótesis Total de Rodilla (PTR) produce limitación del movimiento articular, déficit en la deambulaci3n, herida quirúrgica y riesgo de infecciones, debido a dispositivos invasivos y dolor, controlado mediante medidas no farmacológicas (hielo) y farmacológicas. A su vez, existe una imposibilidad de realizar el aseo e higiene de manera autónoma. La inmovilidad, medicaci3n anestésica y la ayuna prequirúrgica obligan a iniciar de manera progresiva tolerancia oral, y control de náuseas y/o vómitos y la necesidad de controlar el patr3n de deposici3n diario y aplicar medidas laxantes (dieta, medicaci3n). Existe un riesgo de trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, y una necesidad de realizar medidas anticoagulaci3n, ejercicios en cama y vigilancia de signos y sntomas de alarma. Precisa rehabilitaci3n adecuada de la rodilla, para conseguir una flexoextensi3n de 120° y -5°, se inicia movilizaci3n externa pasiva (Kinetec) adaptaci3n a la vida diaria y uso de dispositivos de apoyo en la de ambulaci3n (muletas).

El 5° día postquirúrgico, se reevalúa con el fin de observar la evoluci3n de la paciente. Presenta buena tolerancia a dieta basal. Diuresis y deposiciones dentro de lo normal. Retirado vendaje Compresivo y drenaje. La herida quirúrgica presenta buena evoluci3n. Terminado tratamiento con movilizaci3n pasiva con Kinetec una vez llegado al objetivo 100° de extensi3n y -5° de flexi3n. Rehabilitaci3n tanto en el gimnasio como en la habitaci3n. Tras la realizaci3n de estas actividades precisa tratamiento analgésico y con hielo local. La paciente utiliza muletas para los traslados cortos y silla de ruedas en los largos. Mejora en calidad y horas de sueño debido a su mejor estado de salud y ausencia de dispositivos invasivos.

4 Discusi3n-Conclusi3n

La paciente es dada de alta al octavo día, se le entrega el informe médico, la cita de revisi3n con traumatología, hoja de trazabilidad del material implantado y el informe de continuidad de cuidados de enfermería con informaci3n y enseanza acerca del tratamiento con la heparina de bajo peso molecular, cómo tomar la analgesia pautaada, cuidados de la herida quirúrgica y consejos de seguridad en el hogar y uso de muletas.

El desarrollo de este trabajo, se realiza mediante una visi3n integral de los pacientes, y pretende cubrir las distintas necesidades a lo largo de sus estancias en este servicio, hasta que finalmente es dado de alta.

5 Bibliografía

1. Heather Herdman, T., PhD y RN. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Elsevier. 2012-2014.
2. Guía de manejo clínico de la artrosis de cadera en su patogénesis (10-12).
3. Bulechek, G., Butcher, H., & McCloskey, J. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª Ed. Barcelona: Elsevier.
4. Engesaeter, L., Lie, S., Espehaug, B., Furnes, O., Vollset, S., & Havelin, L. (2003).
5. Antibiotic prophylaxis in total hip arthroplasty: effects of antibiotic prophylaxis systemically and in bone cement on the revision rate of 22,170 primary hip replacements followed 0-14 years in the Norwegian Arthroplasty Register. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 74 (6), 644-651.

Capítulo 48

ATENCIÓN EN ENFERMERÍA APLICADO EN LAS UNIDADES DE VIGILANCIA INTENSIVA

MARÍA GONZALO LÓPEZ

CLARA MARÍA MENCHÉN VELÁZQUEZ

ANA MARÍA HERNANDO SERRANO

MIRIAM CERVANTES NAVARRO

SILVIA MARIA MARTIN-GRANDE MORALES

1 Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se caracterizan por ser uno de los servicios hospitalarios más complejos, ya que los pacientes presentan patologías de gravedad importante y pueden llegar a tener complicaciones que necesitan de actuación inmediata, por ello, es necesario que estos servicios posean un personal cualificado con conocimientos específicos . En este servicio, los profesionales de enfermería son una de las principales fuentes de asistencia a los pacientes, proporcionando cuidados especializados.

Estos cuidados deben de estar basados en una metodología que abarque los avances tecnológicos, la ética y la evidencia científica, proporcionando una visión holística del cuidado y teniendo en cuenta siempre las necesidades fisiológicas,

psicológicas y sociales del paciente como un ser integral. Para llevar a cabo estos cuidados, la enfermería, tanto de las unidades de hospitalización como en las unidades de cuidados intensivos, recurren al PAE (Proceso de Atención de Enfermería).

Este PAE no es más que un método utilizado por los profesionales sanitarios para organizar los cuidados enfermeros que demanda el paciente, su familia y la comunidad, siempre de una forma holística e integral, basándose en la evidencia científica, para así lograr los mejores cuidados posibles. Todo esto se traduce en un éxito notable, tanto por la mejora de los cuidados al paciente, como por la realización y conocimientos de los profesionales de la enfermería.

2 Objetivos

- Identificar las necesidades de cuidados del paciente hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos.
- Desarrollar un plan de cuidados personalizado y desempeñar las intervenciones y objetivos enfermeros necesarios.

3 Caso clínico

Paciente, de 62 años de edad, varón, trabajador en una oficina, que acude al servicio de urgencias por disnea. Refiere que lleva aproximadamente 15 días con unos tos persistente, y desde ayer padece febrícula y dificultad respiratoria en reposo. Tras la valoración pertinente en el servicio de urgencias se decide su ingreso en planta. A las 5 horas de su ingreso en hospitalización, el paciente realiza un pico febril acompañado de una disminución importante de la saturación de oxígeno en sangre, por lo que se traslada a la unidad de cuidados intensivos, ingresando el UCI el día 3 de diciembre del 2022.

Proceso de Atención Enfermera (PAE):

Valoración. El personal de enfermería elabora un plan de cuidados basado en la valoración NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Dichos cuidados se especifican posteriormente junto con los objetivos (NOC) y las acciones necesarias (NIC).

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas.
- Exfumador desde hace 20 años.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).
- No hipertensión arterial.

- No dislipemia.

- No diabetes mellitus.

Constantes vitales al ingreso:

Tensión arterial: 149 / 80.

Frecuencia cardiaca: 86.

Frecuencia respiratoria: 20.

Saturación de oxígeno: 88 %.

Temperatura: 38°C.

Tratamiento farmacológico:

Levofloxacin 500mg C/12 horas /h) en las primeras 24 h, resto c/24h.

Paracetamol 1000 miligramos (mg) c/8h.

Pantoprazol 40mg c/24h.

Fluidoterapia: suero fisiológico 0.9% 500 mililitros (ml) c/8 + suero glucosado al 5% 500mL c/12h.

Nutrición: Dieta absoluta

Pruebas diagnósticas: Radiografía tórax + Analítica + Gasometría arterial.

Identificación de los problemas. Tres de los principales diagnósticos enfermeros son:

00030 Deterioro del intercambio gaseoso: Alteración por exceso o defecto en la oxigenación del dióxido de carbono a nivel de la membrana alveolocapilar.

Características definitorias:

- Cianosis y color anormal de la piel.

- Hipocapnia o hipercapnia.

- Hipoxia e hipoxemia.

- Frecuencia, ritmo y capacidad respiratorios anormales.

- Trastornos visuales.

- Gasometría arterial y pH arterial anormales.

- Taquicardia.

- Fatiga y disnea.

- Aleteo nasal.

- Agitación e irritabilidad.

- Somnolencia.

- Confusión mental.

- Cefalea al despertar.

- Diaforesis.

Deterioro de la respiración espontánea: disminución de las reservas de energía que provoca en el individuo la incapacidad para sostener la respiración adecuada para mantenerse con vida.

Características definitorias:

- Disnea.
- Aumento del gasto metabólico.
- Empleo de la musculación respiratoria accesoria.
- Taquicardia.
- Disminución de la pO₂ y aumento de la pCO₂.
- Disminución de la Saturación de O₂.
- Disminución de la cooperación.

00007 Hipertermia: estado en que la temperatura corporal se eleva por encima de los límites normales.

Características definitorias:

- Elevación de la temperatura corporal por encima de los límites normales.
- Piel enrojecida y caliente.
- Taquicardia.
- Incremento de la frecuencia respiratoria.
- Escalofríos.
- Sensación de debilidad.
- Desmayos.
- Sudoración.
- Accesos de convulsiones.

Planificación:

Se planificarán los cuidados en base a los diagnósticos enfermeros anteriores, entre ellos se encuentran los siguientes NIC:

- Monitorización de los signos vitales.
- Monitorización respiratoria.
- Ayuda en la ventilación.
- Manejo de las vías aéreas.
- Interpretación de datos de laboratorio.
- Ayuda a la ventilación.
- Oxigenoterapia.
- Tratamiento de la fiebre.
- Regulación de la temperatura.

Evaluación:

Al final de cada turno y al alta, se realiza una evaluación de las intervenciones programadas, con el fin de valorar su efectividad. Esta evaluación dio como resultado:

- Estabilidad de los signos vitales.

- Con el aporte de oxígeno a través de unas gafas nasales a 2 litros por minuto, el paciente logra mantener una Saturación de Oxígeno del 95% que, teniendo en cuenta que sufre enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una cifra aceptable.
- Tensión arterial en rango, la hipertensión arterial que padecía se estabilizó a medida que el paciente fue mejorando su patrón respiratorio.
- Tratamiento de la fiebre con antitérmicos y antibióticos, llegando a estar afebril.
- Radiografía de Tórax normal.
- Se aconseja al paciente un reposo relativo, manteniendo en cama una posición Fowler o semifowler.

Resultados:

Después de la realización del PAE de forma individualizada, el paciente cumple criterios como para ser dado de alta de la unidad.

4 Discusión-Conclusión

Tras la puesta en marcha de un plan de cuidados de enfermería, y su correcta aplicación, se observan múltiples ventajas, ya que este proceso identifica con claridad la problemática del paciente, proporcionando una atención integral, continua e individualizada, estableciendo prioridades y metas asegurando la calidad de la atención enfermera. Por otra parte, el personal sanitario consigue optimizar su trabajo de forma sencilla y útil, ahorrando recursos y tiempo, basándose en un rigor científico, lo que se traduce en una mayor sensación de realización profesional.

Por lo tanto, el PAE es una herramienta que nos ayuda a identificar y subsanar las necesidades del paciente, brindando cuidados humanistas de forma eficiente.

5 Bibliografía

1. González Consuegra RV. Cuidado de enfermería al paciente crítico. Av. enferm. [Internet]. 1 de julio de 1996 [citado 20 de diciembre de 2020];14(2):27- 9. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16428>.
2. Enfermería Intensiva. Volume 24, Issue 2, April–June 2013, Pages 51-62 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239912000922>.

Capítulo 49

MOVILIZACIÓN PRECOZ DEL PACIENTE ADULTO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA

MARIA DONDARZA DIAZ

EVA DIEZMA FERNÁNDEZ

JAVIER PEÑALVER ALVARO

1 Introducción

Son muchos los avances tecnológicos en medicina intensiva siendo así cada vez mayor el número de pacientes que sobreviven tras una enfermedad crítica. Sin embargo, en la mayoría de ellos la calidad de vida posterior se ve disminuida debido a discapacidades funcionales, discapacidades físicas, cognitivas o psicológicas que pueden persistir durante más de 5 años. (1)

Estos pacientes durante el proceso de recuperación de la enfermedad se ven sometidos a intervenciones, al uso de dispositivos médicos, a la administración de todo tipo de fármacos que les promueven grandes periodos de inmovilización. (1)

Cada vez más, se utilizan terapias tempranas como la rehabilitación y la movilización temprana. La movilización es un aspecto complejo y viene definido como: la actividad física que, realizada con la intensidad adecuada, produce beneficios fisiológicos para el organismo. Es importante que este tipo de técnicas

se vaya implementando en las unidades de cuidados intensivos como una técnica habitual. Ya que no es algo que esté bien extendido, y como hemos ido viendo, largos periodos de inactividad va a dar lugar a problemas en el paciente como son la debilidad adquirida, la resistencia a la insulina, riesgo de sufrir tromboembolismo, alteraciones microvasculares, úlceras por presión, atelectasias, neumonía, alargamiento del tiempo de destete, aumento de días de hospitalización, aumento de la mortalidad y de las incapacidades. (1)

2 Objetivos

Describir como afecta la movilización temprana en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda en el metabuscador de PUBMED utilizando las palabras clave: "Critical Patient" y "Mobilization". Para enlazar ambos términos se utilizó el operador booleano AND, resultando la cadena de búsqueda como: "Critical Patient AND Mobilization".

Además, se aplicaron unos criterios de inclusión tales como:

- Artículos con texto completo gratuito.
- Artículos en inglés o español.
- Fecha de publicación posterior a 2010.

4 Resultados

Una de las principales complicaciones asociadas a la inmovilización de este tipo de pacientes es la debilidad, esta se ha asociado a un mayor riesgo de discapacidad grave y a la necesidad de largos periodos de rehabilitación. (1)

Se ha asociado con mayor riesgo de contracturas articulares, tromboembolismo, resistencia a la insulina, alteraciones microvasculares, desarrollo de úlceras por presión, atelectasias, neumonías, mayor dificultad en el destete, desorientación y aumento de la mortalidad. (1)

Se ha encontrado un artículo que valora la pérdida de masa muscular en pacientes sometidos a ventilación mecánica y por tanto inmovilizados, se ha visto que se produce una pérdida de un 12.5% de masa muscular durante la primera semana, si

además el paciente padece una insuficiencia multiorgánica la pérdida de músculo es un 8.7% superior. Las biopsias musculares que se han realizado para valorar a estos pacientes han mostrado signos de inflamación, necrosis y reemplazo de fibras musculares por tejido adiposo y conectivo. (2)

La movilización y la rehabilitación temprana es defendida por numerosos autores para prevenir estas complicaciones.

La movilización del paciente es un concepto amplio y complejo que además incluye la movilización de extremidades de forma pasiva, rodar en la cama, sentar al borde de la cama, entre otras actividades.

La movilización se define globalmente como “la actividad física que, realizada con la intensidad adecuada, produce beneficios fisiológicos para el organismo, actuando sobre la circulación, la perfusión central y periférica, la ventilación o el estado de conciencia” (1)

Cuando se habla de movilización “temprana” se refiere a aquella movilización que se realiza en el momento que el paciente tiene una estabilización fisiológica inicial, aunque continúe precisando cuidados críticos.

La realización de movilización temprana en pacientes críticos es segura y se ha visto que tiene resultados positivos .

- Encontramos una revisión sistemática en la que se valoran los efectos de la movilización precoz en pacientes críticos; los resultados muestran que la movilización temprana es capaz de disminuirlos días de ingreso tanto en UCI como en hospitalización. Además, es capaz de mejorar la fuerza, movilidad, calidad de vida y disminuye los tiempos de la ventilación mecánica. (1)

- Encontramos un artículo que expone que un grupo de expertos defiende que la intubación endotraqueal y la ventilación mecánica no debería ser una contraindicación para realizar movilización o rehabilitación activa en los pacientes, siguiendo siempre unas pautas de seguridad para realizar una movilización correcta. (2)

5 Discusión-Conclusión

Actualmente el reposo en cama es una práctica común en las unidades de cuidados intensivos, más aún cuando el paciente precisa de ventilación mecánica. Lo cual se ha visto que conlleva complicaciones tanto a corto como a largo plazo. Por el contrario, la movilización temprana se ha visto que es segura y eficaz para prevenir complicaciones tales como la mejora del funcionamiento físico y disminución de los tiempos de estancia hospitalaria.

Se deberían implementar protocolos y pautas de actuación en las unidades de cuidados intensivos para poder llevar a cabo programas de movilización precoz en estos pacientes, siempre teniendo en cuenta el estado del paciente y contando con la formación y capacidad del personal para poder realizar estas técnicas de manera segura.

6 Bibliografía

1. Arias-Fernández, P., Romero-Martin, M., Gómez-Salgado, J., & Fernández-García, D. (2018). Rehabilitation and early mobilization in the critical patient: systematic review. *Journal of physical therapy science*, 30(9), 1193–1201. <https://doi.org/10.1589/jpts.30.1193>
2. Hashem, M. D., Nelliot, A., & Needham, D. M. (2016). Early Mobilization and Rehabilitation in the ICU: Moving Back to the Future. *Respiratory care*, 61(7), 971–979. <https://doi.org/10.4187/respcare.04741>

Capítulo 50

EFECTO DE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS EN EL EMBARAZO.

LUCÍA LÓPEZ GARCÍA

MARTA LÓPEZ GARCÍA

ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO

1 Introducción

En la actualidad, la venta de cigarrillos electrónicos (CE) aumenta día a día en todo el mundo (48,4%), produciéndose un incremento consecutivo estos últimos años desde su incorporación en el mercado en el 2003, en China. Los cigarrillos electrónicos son unos dispositivos compuestos por tres piezas; una batería (mayormente recargable), una fuente de calor o resistencia y un cartucho o claromizador. La batería activa la resistencia que calienta el líquido encerrado en el cartucho, convirtiéndolo en un aerosol de partículas minúsculas o vapor, el cual es inhalado a través de la apertura del CE o boquilla.

Algunos se venden como libres de nicotina, pero en realidad presentan un pequeño porcentaje de este compuesto orgánico. Además, estos dispositivos presentan sustancias etiquetadas como carcinógenas y citotóxicas, como son los metales pesados, entre ellos el acetaldehído o el formaldehído, entre otros.

El cartucho tiene una capacidad aproximada de 300 caladas, unos 20 cigarrillos. La cantidad de inhalación va a depender del uso que se haga; por ello, es difícil saber la cantidad de líquido consumido.

Este dispositivo se contempla en la sociedad como una alternativa para ayudar a dejar de fumar o como un sustituto para fumar de forma más saludable. Por

tanto, la mayoría de la población lo tiene socialmente más aceptado que los cigarrillos convencionales de tabaco, implicando un incremento del uso de cigarrillos electrónicos entre la población más delicada, como son las mujeres en edad reproductiva.

La muestra de jóvenes y adultos que han consumido CE alguna vez en su vida es notable, y está causando un preocupante aumento, como señalan algunos estudios y encuestas mundiales. A nivel nacional, los datos españoles de la encuesta ESTUDES 2018-2019, indican que la mitad de los estudiantes de 14 a 18 años han fumado CE (48,4%), habiendo una mayor prevalencia en el sexo masculino, con independencia de edad.

Existe un 71% de la población con la concepción de que los CE son menos dañinos, una cuarta parte que son igual de nocivos y un 4% que son peores que el cigarrillo convencional. No obstante, un 1,7% de mujeres embarazadas siguen fumando tabaco a nivel mundial, siendo la región europea la de mayor prevalencia frente a otras áreas. El 26,2% de las mujeres fuman cigarrillos convencionales (CC) y durante el embarazo continúan con este hábito un porcentaje significativo del 10,7%. El tanto por ciento sobre el consumo de CE en mujeres es del 1,0% y de las gestantes del 0,2%.

El embarazo es una etapa vulnerable de la mujer donde se dan una serie de cambios que pueden alterar la salud del feto y de ella misma. Por ello, es esencial que se sigan una serie de precauciones y evitaciones.

Uno de los principales factores de riesgo causante de resultados adversos en el embarazo y en el recién nacido es el tabaquismo. Se ha comprobado en diversos estudios que la nicotina es un compuesto de riesgo dañino para la salud materna y fetal. Provocando en el feto, incluso con la exposición al humo del cigarrillo durante la gestación, consecuencias negativas sobre el desarrollo neurológico, cardíaco y pulmonar del feto, hasta ocasionar bajo peso al nacer, partos prematuros o el síndrome de muerte súbita en el niño. Y, provocando en su infancia y adolescencia un trastorno de la función respiratoria con disminución del flujo respiratorio y de la distensibilidad respiratoria, y un incremento de padecer asma y EPOC en edades avanzadas.

El consumo del cigarrillo electrónico está en auge a pesar de la escasa investigación que hay sobre sus riesgos y beneficios. Por lo que el papel de enfermería debe tener como objetivo principal, conocer esta nueva cultura del “vaping”, “vaporeo” o “vapeo”, y obtener información suficiente sobre este tipo de cigarrillo; para cuidar, atender y proporcionar educación en la atención prenatal y crear programas de intervención sobre el potencial impacto negativo de los CE, para que este grupo tan vulnerable como son las embarazadas, conozcan este disposi-

tivo tan actual.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer el efecto de los cigarrillos electrónicos en el embarazo.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se realizó una revisión bibliográfica. Se efectuó una estrategia de búsqueda compuesta por las palabras clave “Electronic cigarettes”, “Pregnancy” y “Effect”; uniéndolas mediante los operadores booleanos AND y OR. Basada en la estrategia PICO, y quedando una búsqueda completa: “(electronic cigarettes OR e-cigarette) AND (pregnancy OR pregnant) AND effect”. Las bases de datos consultadas han sido Pubmed, Google Scholar, ScienceDirect, MEDLINE, Cochrane y SciELO.

4 Resultados

Durante la vida intrauterina y posnatal se produce un rápido desarrollo de los órganos, y la exposición a la CE durante este período puede ser clave en el crecimiento del feto. El CE contiene una solución líquida muy combinada de componentes como la nicotina, los solventes principales de PG y VG, aromatizantes, y otros elementos como metales pesados. Es bien sabido, que la nicotina es un tóxico que afecta negativamente a los sistemas nervioso, inmunitario, cardiovascular y sobretodo respiratorio; además de crear en el usuario una propensión a la adicción. Pero hay poca investigación sobre los elementos restantes del e-líquido.

La principal asociación encontrada de la exposición a la CE con y sin nicotina fue la reducción de peso al nacer de los RN; ya que, las mujeres vapeadoras tenían un mayor riesgo de presentar resultados desfavorables en el parto, como bajo peso al nacer (BPN), pequeño para la edad gestacional (SGA) y parto prematuro. Donde se define como parto prematuro a la edad gestacional del RN menor de la semana 37; SGA como el nacer por debajo del percentil 10; y BPN como el peso del RN inferior a 2.500 g. En otros estudios la diferencia no ha sido muy significativa. Además, los altos niveles de cotinina encontrados en el plasma y la orina de los RN expuestos a CE con nicotina, han confirmado la relación que existe entre niveles más altos de cotinina y neonatos de menor peso, esta absorción de altos niveles de nicotina y otros tóxicos se debe a la piel y barrera epidérmica in-

madura predominante en los bebés prematuros. En el período de lactancia se ha comprobado que los niveles de cotinina en orina en aquellos RN amamantados por madres usuarias de CE son diez veces más elevados en comparación con los alimentados con biberón. Y que la producción de prolactina es inhibida por la nicotina, por lo que, la exposición de CE con nicotina produce una disminución de producción de leche materna.

En la fertilidad se observa un retraso en el inicio de la primera camada debido al medio de implantación propiciado por la exposición al CE, pero no se observa ninguna alteración en la anatomía de ovarios y testículos, al igual que en su función. Por tanto, influyen negativamente en el éxito de la implantación de la fecundación. En el sistema respiratorio, la exposición al CE produce un deterioro y retraso en el desarrollo pulmonar, con efectos persistentes a nivel molecular, estructural y funcional que son visibles en la descendencia; como son la disregulación de la señalización de Wnt y vías epigenéticas, o la alteración de la expresión génica de los marcadores de inflamación y estrés oxidativo, que son claves en la organogénesis pulmonar, la alveologénesis y los procesos de maduración del pulmón. El vapeo electrónico también originó cambios metabólicos y daño hepático tanto en las madres como en sus recién nacidos, especialmente con la exposición al CE libre de nicotina. El sistema cardiovascular también se ve afectado por una disminución del flujo sanguíneo de la arteria uterina (49,50%) y de la arteria umbilical (<65,33%), y por la reducción de la dilatación de la arteria cerebral media (MCA) con una disminución respectiva de más del 50%. Y en el sistema nervioso, se producen cambios en la transcriptoma del SNC relacionado con efectos neurobiológicos adversos y posibles enfermedades en edades avanzadas tras la exposición a los aerosoles del CE.

Estas alteraciones, por tanto, pueden deberse a la nicotina, pero en mayor medida al aerosol que produce el CE, ya sea por su solvente (propilenglicol y glicerina), por sus saborizantes (canela, mentol...) o por sus metales pesados. Como resultado, en nuestro capítulo pudimos comprobar que el efecto de los cigarrillos electrónicos es perjudicial para la salud tanto de la madre como del feto. Asegurando que no es una medida segura para dejar de fumar, ni un hábito saludable para utilizar durante el embarazo. A pesar de que los estudios sobre CE estén limitados, es imprescindible educar a los profesionales del ámbito sanitario sobre los posibles efectos en la salud que producen estos dispositivos para poder crear programas de detección y de atención sanitaria para evitar la aceptación pública “segura” que está enmascarando a los CE.

5 Discusión-Conclusión

El uso del CE durante el embarazo y la exposición a los aerosoles de estos en el útero afectan perjudicialmente tanto a la salud de la madre como del feto. Aunque falta mucha literatura sobre este tema, en nuestro capítulo se ha detallado en profundidad el concepto de CE y se ha comprobado que el efecto de los cigarrillos electrónicos en el embarazo produce un efecto nocivo. Nuestros resultados muestran que los cigarrillos electrónicos influyen perjudicialmente en el desarrollo pulmonar, en el éxito de la implantación, en la expresión génica, en la incidencia de resultados favorables en el parto, en los niveles sistémicos de cotinina, en la circulación sanguínea, en los marcadores metabólicos y hepáticos y en la función cerebrovascular. Por tanto, el uso de CE por parte de las mujeres en edad reproductiva puede alterar directa y negativamente en la salud de la madre y futura del feto. Confirmamos que el cigarrillo electrónico no es un método seguro y fiable para dejar de fumar, por su contenido en nicotina, su compuesto líquido y su falta de regulación que impide saber la cantidad exacta de químicos que presenta. En conclusión, es necesario seguir investigando sobre los efectos del cigarrillo electrónico porque son un riesgo para la salud pública; por lo que es importante intervenir y abordar más a fondo este dispositivo desde una perspectiva multidisciplinar sanitaria para instaurar una atención prenatal temprana y adecuada, y brindar una buena educación a las fumadoras embarazadas.

6 Bibliografía

1. Llambí L, Rodríguez D, Parodi C, Soto E, Llambí L, Rodríguez D, et al. Cigarrillo electrónico y otros sistemas electrónicos de liberación de nicotina: revisión de evidencias sobre un tema controversial. *Revista Médica del Uruguay*. marzo de 2020; 36(1):153-91.
2. Fallin A, Miller A, Assef S, Ashford K. Perceptions of Electronic Cigarettes among Medicaid Eligible Pregnant and Postpartum Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45(3):320-5.
3. Ruszkiewicz JA, Zhang Z, Gonçalves FM, Tizabi Y, Zelikoff JT, Aschner M. Neurotoxicity of e-cigarettes. *Food Chem Toxicol*. abril de 2020;138:111245.
4. Ponciano-Rodríguez G, Chávez Castillo CA. Efectos en la salud de los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN). *Rev Fac Med*. 25 de noviembre de 2020; 63(6):7-19.
5. Galbo A, Izhakoff N, Courington C, Castro G, Lozano J, Ruiz-Pelaez J. The Association Between Electronic Cigarette Use During Pregnancy and Unfavorable

Birth Outcomes. *Cureus*. julio de 2022;14(7):e26748.

6. Regan AK, Bombard JM, O'Hegarty MM, Smith RA, Tong VT. Adverse Birth Outcomes Associated With Prepregnancy and Prenatal Electronic Cigarette Use. *Obstet Gynecol*. 1 de julio de 2021;138(1):85-94.

7. Kim S, Oancea SC. Electronic cigarettes may not be a «safer alternative» of conventional cigarettes during pregnancy: evidence from the nationally representative PRAMS data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 23 de septiembre de 2020; 20(1):557.

Capítulo 51

IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES OSTOMIZADOS PARA PREVENIR LAS COMPLICACIONES Y FACILITAR LA INCORPORACIÓN A LA VIDA COTIDIANA CON UNA MAYOR CALIDAD DE VIDA

BEATRIZ LOPEZ COBOS

ESTHER PILAR GARCIA LEÓN

BEGOÑA CHÁVARRI MENA

MIRIAM ROSILLO MUÑOZ

LAURA NAVARRO HERRADOR

1 Introducción

En la actualidad no existen datos estadísticos definitivos sobre el número de personas ostomizadas, pero se sabe que aumenta cada año considerablemente, debido entre otros motivos a la enorme prevalencia del cáncer colorrectal.

Un estoma es una comunicación, creada tras una cirugía, entre una cavidad del cuerpo y el exterior. Su historia comienza con Praxágoras de Cos (350 a.C), para ir evolucionando hasta nuestros días.

Las ostomías pueden ser temporales o permanentes, encontrándonos con ostomías de secreción, de nutrición o de drenaje. En todas existe un riesgo de que aparezcan complicaciones que pueden verse minimizadas a través de la educación sociosanitaria.

Ser portador de un estoma conlleva un gran impacto tanto a nivel físico como psicosocial. También para minimizar ese impacto y sus repercusiones, va a ser esencial la educación sanitaria, favoreciendo una mejor adaptación e inserción a la vida cotidiana con una buena calidad de vida.

Un elemento sociosanitario esencial en esta educación es la figura de la enfermera, que va a estar en contacto con el paciente desde antes de la intervención, analizando datos del paciente y su entorno, informándole acerca de todo el proceso para resolver sus dudas y reducir sus miedos; estará presente también durante el ingreso acompañándole en todo el proceso hasta tiempo después del alta, proporcionándole educación en el cuidado del estoma, orientación nutricional, información y asesoramiento ante las posibles complicaciones que se puedan presentar.

En muchas ocasiones será la enfermera estomaterapeuta la encargada de este proceso, pero debido a su escaso número, en muchos otros casos será la enfermera de familia y hospitalaria quien realice esta labor. Por ello parece esencial que las enfermeras tengan amplios conocimientos que les permitan desarrollar unas buenas prácticas clínicas y de ese modo realizar esta gran labor con éxito.

La figura del estomaterapeuta no aparece hasta el s.XX, al dar importancia al cuidado del estoma. En 1958 la señora Norma Gill, portadora de una ileostomía, es nombrada “técnica en estomas”. En España, en 1988 se creó la Sociedad Española de Estomaterapia como punto de referencia en el cuidado integral de la persona ostomizada, siendo además un espacio de investigación y especialización profesional en estomaterapia.

El profesional de enfermería especializado en estomaterapia, además de realizar un trabajo asistencial, tiene una labor docente de promoción de la salud y prevención de complicaciones, además de administrativa, ya que organiza los cuidados y servicios sanitarios, e investigadora promoviendo el desarrollo de este campo de conocimientos.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia de la enfermera estomaterapeuta o familiar en el cuidado de los pacientes ostomizados.
- Promover el conocimiento del significado de una ostomía, así como sus diferentes tipos y sus complicaciones.
- Conocer la labor de la enfermera en todo el proceso del paciente ostomizado.
- Recalcar la importancia de la enfermera estomaterapeuta.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica. En un primer momento se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos: Medline, Scielo, Dialnet y Google Académico. Se utilizó para ello los términos o palabras clave “OSTEOMY CARES”, “OSTOMIZED PATIENT”, “cuidados ostomizados” y “ostomía”, apareciendo gran cantidad de documentos.

Base de Datos Palabras Clave Resultados

Pubmed Osteomy Cares 342

Pubmed Ostomized Patient 6

Google Académico Cuidados Ostomizados 110

Google Académico Ostomía 357

Scielo Cuidados Ostomizados 33

Scielo Ostomía 203

Dialnet Ostomía 197

La selección inicial de los artículos se llevó a cabo discriminando por el título. Una vez preseleccionados se llevó a cabo una segunda criba acotando la búsqueda, en cuanto a idioma y tiempo, a documentos en inglés o español de los últimos diez años, aunque debido a su interés fue escogido alguno de una antigüedad no superior a veinte años, resultando finalmente un total de 42 documentos para un estudio más exhaustivo.

4 Resultados

Ostomía es una palabra procedente del griego stoma, que significa “boca”. Es el resultado de una operación en la que se realiza una comunicación artificial entre un órgano o víscera y el exterior.

Constituyen procedimientos habituales en la práctica quirúrgica, con gran repercusión sobre los pacientes.

Las primeras ostomías o prácticas similares tuvieron lugar hacia los años 350 a.c, con Praxágoras de Cos.

En el siglo XVIII aumenta la frecuencia de estas intervenciones, con doctores como (2) Alexis Littre, Henry Pillore, Pierre Duret o Fine, hasta que, en la primera mitad del siglo XIX, Jean Zulema Amussat propuso localizar el tumor antes de proceder a intervenir quirúrgicamente.

Actualmente existen diversas patologías en las que puede estar indicado una ostomía: cáncer, enfermedad diverticular, colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, obstrucción, enteritis por radiación, perforación, fistulas rectouretrales, motilidad y desordenes funcionales, infecciones, fascitis necrotizante, ano imperforado, enterocolitis, atresias intestinales.

En España hay más de 70.000 pacientes ostomizados; cada año suceden entre 12.000 y 15.000 nuevos casos. El costo social viene determinado por el tiempo medio que el paciente permanece inactivo.

No existe un perfil determinado de paciente ostomizado. Asimismo, las complicaciones en cada paciente tendrán sus características. Por ello, las guías, no son más que recomendaciones generales. Tendremos que atender a cada paciente de forma individual.

Clasificación de las ostomías.

Las ostomías se pueden clasificar en:

- Según su función: de nutrición, de ventilación, de eliminación y de drenaje.
- Según su permanencia:
 - Temporales: aquellos que, solucionado el problema de base, se puede volver a establecer el tránsito intestinal y urinario.
 - Definitivo o permanentes: aquellos en los que el problema que ocasiona la práctica de un estoma no tiene solución.
- Según su localización, dependiendo del órgano implicado:
 - Urostomía: tiene por finalidad desviar la salida de orina fuera de la vejiga.
 - Nefrostomía: es la abertura al exterior de la pelvis renal.
 - Gastrostomía: conlleva la colocación de una sonda en el estómago.
 - Yeyunostomía: supone la abertura del yeyuno.
 - Ileostomía: abertura del íleo hacia el exterior.
 - Cecostomía: es el ciego el que se abre al exterior.
 - Colostomía: abertura del colon al exterior.
 - Traqueostomía: abertura de la vía aérea.
- Según el tipo de llegada a la piel:
 - Terminal plana
 - Terminal evertida

- En asa

Principales complicaciones de las ostomías.

Las tasas de complicación son muy altas. Numerosos estudios describen una tasa del 34 al 46%, aunque algunos cifran hasta el 96% durante las tres primeras semanas. Se clasifican, según el momento de aparición, en precoces, aquellas que ocurren dentro de los 30 primeros días, o tardías, las que ocurren después del ajuste fisiológico del paciente.

En términos generales el paciente ostomizado puede presentar diversas complicaciones. Algunas pueden dificultar la adaptación de los dispositivos. Las más frecuentes son:

- Complicaciones inmediatas:

- Edema. Sucede cuando el diámetro de la piel es menor a la mucosa intestinal.
- Hemorragia. Producida por la lesión de algún vaso subcutáneo o submucoso, apareciendo en las primeras horas tras la operación, aunque es poco frecuente (2-3%).
- Necrosis. Su frecuencia oscila entre 1-14%. Puede deberse a una desvascularización excesiva del mesocolon.
- Sepsis. Con una frecuencia entre 2-15%. La infección es una complicación frecuente, que guarda relación con la realización urgente del procedimiento, debido a las peores condiciones del paciente.
- Retracción. Con una frecuencia entre 3-35%. Se produce cuando, debido a una tensión excesiva se elimina, de forma parcial o total, la fijación del estoma a la superficie del abdomen.
- Dehiscencia. Su frecuencia oscila entre el 7-25%.
- Evisceración. Se aprecia en el 1-2% de los casos y se produce cuando el orificio musculoaponeurótico es demasiado amplio.

- Complicaciones tardías:

- Estenosis. Supone el estrechamiento de la luz del estoma.
- Hernia. Esta es una de las complicaciones que más se producen. Sucede por un fallo en la pared abdominal.
- Prolapso. Se trata de la protusión excesiva del asa estomal sobre el plano cutáneo
- Formación de cristales. Se deben a una orina alcalina que provoca la formación de cristales de fosfato.

- Complicaciones en la piel:

- Dermatitis periestomales. Debidos al contacto de heces y/o orina con la piel. Pudiendo ser de tipo traumático (producidos por maniobras bruscas con objeto de retirar los adhesivos), de tipo alérgico (aparecen por una sensibilidad especial a alguno de los componentes del adhesivo) y de tipo infeccioso (provocada por

hongos o bacterias)

- Ulceraciones.

- Granulomas.

- Varices paraestomales. Causa sangrado recurrente y torrencial, afectando al 5% de todos los ostomizados. El 70% de los casos de sangrado se observaron en ileostomías.

- Ostomía de Alto Débito.

Tras la realización de una ostomía es frecuente un aumento del efluente en los primeros días, que disminuirá por la “adaptación intestinal”. Si esta adaptación falla, los pacientes ostomizados comienzan a perder agua, sodio y magnesio, provocándose además pérdida de peso y desnutrición. Esta situación es la denominada Ostomía de Alto Débito, complicación muy peligrosa que algunos estudios han señalado como precursora de deshidratación y disfunción renal.

Algunas complicaciones en pacientes osteomizados pueden llevarle a reingresos hospitalarios, frecuentes y costosos, retrasando la recuperación, por ello una adecuada información y educación en el manejo de los estomas puede prevenir la morbimortalidad especialmente asociada al desarrollo de Ostomía de Alto Débito. Conviene entender que las complicaciones van a requerir una mayor estancia hospitalaria y más uso de la atención primaria, que además de suponer mayor estrés para el paciente, implica un mayor coste sanitario. En algunos casos las complicaciones pueden precisar una segunda intervención quirúrgica en un 7% de los casos, produciendo la muerte del paciente entre un 0,6 y un 8%.

Cuidados del estoma.

La higiene es fundamental. Mediante movimientos circulares de dentro hacia fuera, se limpiará con agua y jabón la piel que circunda el estoma suavemente.

Después, mediante toques suaves con una toalla, evitando los roces bruscos se procederá al secado de la zona. Tras asegurarnos de que la piel está perfectamente limpia y seca se colocará la bolsa.

El adhesivo debe quedar lo más ajustado posible.

Cuando se trate de dispositivos de tres piezas, se adaptará la bolsa sobre el aro de enganchable cerrándose posteriormente el clipper de seguridad.

Al retirar adhesivo, se procederá con especial cuidado, muy lentamente, sujetando la piel con una mano y retirándolo de arriba abajo.

El estoma suele reducir durante los primeros meses tras la intervención, debido al proceso de cicatrización, por ello se medirá frecuentemente el estoma con objeto de ir reduciendo el diámetro del dispositivo para que ajuste adecuadamente. Así evitaremos complicaciones por irritación cutánea, asegurándonos de que no hay piel expuesta al efluente.

La práctica de una ostomía supone un gran impacto para el paciente en los aspectos físicos, psicológicos, sociales, laborales y emocionales. Ser portador de un estoma supone una agresión a la funcionalidad y autoestima del paciente, que tendrá que aceptar los cambios en su imagen corporal, teniendo todo ello repercusiones negativas tanto en su sexualidad como en su ámbito laboral y en su vida en general. Todo ello afectará negativamente a la calidad de vida del paciente ostomizado.

En los pacientes con ostomías se dan frecuentemente los diagnósticos enfermeros reconocidos por la NANDA de Trastorno de la Imagen Corporal , Baja Autoestima Situacional (00120), Disfunción Sexual (00059) y Aislamiento Social (00053). Diversos estudios determinan que la creación de un estoma supone una peor calidad de vida. Existen diferentes cuestionarios para estudiar la calidad de vida relativa a la salud en pacientes ostomizados. Cuestionarios genéricos como SF36v2, WHOQOL-BREF y cuestionarios específicos como “Ostomi Adjustment Scale”, “Stoma Care Quality of life Index”, Stoma-QOL, Stoma Quality of life Scale.

Los resultados de la mayoría de los estudios determinan que la práctica de un estoma afecta más a la salud física, aunque la salud mental también se ve afectada con síntomas como ansiedad o depresión, ya que su imagen corporal se ve afectada; conllevando en muchos casos problemas en el ámbito laboral y sexual. También se ha valorado la influencia de los factores sociodemográficos en la calidad de vida del paciente portador de estoma, entre ellos el género, la edad, la ocupación laboral, el lugar de residencia, el nivel educativo, el estado civil, los ingresos y la situación de convivencia.

Según la guía de buenas prácticas clínicas de la RNAO (Asociación de enfermeras de Ontario), no existe evidencia de que el género, la edad o el nivel educativo sean factores de riesgo en la aparición de complicaciones. Estudios como el de Pelegrini Do Santos Pereira et al. Y Kement et al, afirman que estar en activo, vivir en ciudades, tener pareja o convivir en una unidad familiar y tener mayores ingresos aumentan las puntuaciones en la calidad de vida.

Importancia de los cuidados de enfermería.

Según la teoría que Jean Watson postuló en 1985, se distinguen dos acciones de cuidados: los cuidados técnico asistenciales (problemas de la piel, higiene y medicación), y los cuidados de carácter relacional, consistentes en crear una relación de empatía con el paciente.

Los cuidados de enfermería son claves en los pacientes ostomizados. La enfermera será la encargada de la educación pre y postquirúrgica, y de realizar el seguimiento tras el alta, tanto a pacientes como a familias. Por ello, deberá conocer la repercusión que la ostomía tiene para cada paciente, para proporcionarle

cuidados individualizados, integrales y de calidad.

Deberá ayudarle a entender su diagnóstico, a aceptar su imagen, a realizar una higiene adecuada y cuidar su estoma, a retomar sus relaciones sociales, laborales y sexuales hasta alcanzar una buena calidad de vida.

Por tanto, su papel es fundamental, interviniendo en sus cuidados e influyendo en buena medida en el desarrollo de complicaciones y en su resolución.

La actuación de la enfermera se inicia en el preoperatorio, cuando paciente y familiares están más receptivos, y su ayuda puede disminuir su ansiedad y miedo ante su inmediato cambio de vida. En el postoperatorio, se encargará de evaluar las condiciones generales del paciente, el color, la infección y las posibles complicaciones del estoma, proporcionando los cuidados y la información necesaria tanto al paciente como al cuidador.

El paciente ostomizado y sus cuidadores necesitan recibir un aprendizaje teórico-práctico, para fomentar la motivación, las habilidades personales y la autoestima. Este proceso comienza en el hospital, pero continuará luego a través de la enfermera comunitaria y/o estomaterapeuta, cuidando el aspecto psicológico, la dieta, el cuidado del estoma y la ayuda para la integración del paciente en las actividades de la vida diaria. La educación sanitaria reducirá las complicaciones postoperatorias, disminuyendo la ansiedad y el estrés, y acelerando la rehabilitación y la integración. Por todo ello surgió la figura de la enfermera estomaterapeuta. Un estudio del Consejo General de Enfermería y Coloplast demostró que el acceso a una consulta especializada a cargo de enfermeros estomaterapeutas mejoraba en gran medida la calidad de vida del paciente, su vida sexual y el estado de la piel.

Sin embargo, en España el 36% de los ostomizados que acuden a los hospitales públicos no tiene acceso a una atención especializada en ostomías y el 53,50% de los que acuden a hospitales privados tampoco. Por ello el Consejo General de Enfermería demanda la creación de nuevas consultas de ostomía para paliar las carencias actuales en la sanidad pública, donde solo el 60% cubren las necesidades de estos pacientes y también en la privada, donde se reduce al 40%.

En estudios posteriores sería interesante realizar evaluaciones exhaustivas y rigurosas de las Guías de Práctica Clínica sobre ostomía y sus recomendaciones, para mejorar el desarrollo futuro de pautas que ayuden a enfermeras/médicos a seleccionar e implementar GPC sobre ostomía. (6)(16)

Importancia de la enfermera estomaterapeuta.

A partir de 1958 comienzan a formarse en EEUU terapeutas en enterostomías, pero no es hasta 1961 cuando Turnbull crea la estomaterapia como una nueva disciplina, surgiendo el primer estomaterapeuta en la Cleveland Clinic.

En 1973, en Gran Bretaña se reconoció como una especialidad clínica de las enfermeras el cuidado de los estomas.

En España, en 1985 se realiza el primer curso piloto, en el hospital Virgen del Camino de Pamplona, bajo la dirección de Bárbara Foulkes, miembro del Consejo mundial de Estomaterapeutas (WCET).

A partir de 1987 la Universidad Complutense de Madrid impartió la formación universitaria de estomaterapeutas, hasta que en 1995 la relevó la universidad Pública de Navarra.

En la actualidad, desde 2006, es la Universidad Europea de Madrid quien, mediante su curso semipresencial “Experto Universitario en el Cuidado Integral del Paciente ostomizado”, ofrece la única capacitación como estomaterapeuta que se imparte en España, contando con el aval de la WCET y de la SEDE. (17)

El objetivo de la enfermera estomaterapeuta es ofrecer una asistencia individual, integral y continuada a pacientes y familiares desde que se decide la realización de la ostomía hasta la adaptación a la nueva situación. Su labor tiene cuatro funciones básicas:

- Asistencial: se ocupará de su tratamiento y de su rehabilitación durante todo el proceso.
- Docente: el proceso educativo será individualizado, progresivo, dinámico y continuo, encargándose además de formar a otros profesionales.
- Administrativo: para fomentar la autonomía del paciente, el estomaterapeuta elaborará un plan de atención integral con profesionales del hospital y de la comunidad para coordinar las actividades.
- Investigadora: buscarán nuevas evidencias experimentando métodos y técnicas, y difundirán los nuevos conocimientos e investigaciones.

Diversos estudios acerca de la calidad de vida de los pacientes ostomizados evidenciaron mayores puntuaciones en aquellos pacientes que comenzaban a recibir atención por parte del estomaterapeuta antes de la operación.

Un punto muy importante en la valoración prequirúrgica es el marcaje del estoma. (3) Este se define como la localización y marcaje del lugar más indicado del abdomen para la apertura quirúrgica de un estoma. Es una intervención enfermera incluida en la última actualización de la NIC.

Para realizarlo de forma correcta habrá que delimitar el llamado “triángulo estomal”; una vez situado se valorará al paciente en distintas posiciones al objeto de situarlo en la superficie más prominente y, por tanto, con la mayor visibilidad; se evitarán cicatrices, pliegues, etc., que mermen la calidad de la piel e interfieran en la adherencia de los sistemas colectores; la apertura de la pared abdominal pasará a través del músculo recto abdominal.

Un correcto marcaje del estoma garantizará la correcta adaptación del dispositivo de ostomía, evitando en gran medida las complicaciones y aumentando con ello la calidad de vida del paciente ostomizado. Por el contrario, numerosos estudios han evidenciado que la falta de marcaje preoperatorio del sitio del estoma es un factor de riesgo significativo para los estomas problemáticos.

Tras la cirugía, durante el ingreso hospitalario, se encargará de educar acerca de las habilidades y cuidados básicos del estoma.

Tras el alta, el seguimiento postoperatorio por parte de la enfermera estomaterapeuta o comunitaria, tendrá como objetivo asegurar la atención al paciente ostomizado y mejorar su calidad de vida en todos los aspectos en los que sea posible.

5 Discusión-Conclusión

La ostomía es una práctica común tras algunas cirugías.

Ser portador de una ostomía conlleva cambios a nivel físico, psicológico y social debido al impacto que ello supone y a las consecuencias que trae consigo.

Estos cambios afectan considerablemente a la calidad de vida del paciente, influyendo también otros factores como el nivel cultural, lugar de residencia, nivel económico, situación familiar, etc.

Además, la mayor parte de las ostomías corren el riesgo de sufrir complicaciones. En esta revisión se ha querido destacar la enorme importancia de los cuidados de enfermería a lo largo de todo el proceso por el que pasa el paciente portador de una ostomía, tanto en el preoperatorio como durante el ingreso y, por supuesto, tras el alta hospitalaria.

La importancia de los cuidados individualizados e integrales que proporciona la enfermera radica en que, gracias a la información y educación sanitaria que proporciona al paciente, va a disminuir su miedo y ansiedad, además de reducir las complicaciones y facilitar la incorporación del paciente a la vida cotidiana del mejor modo posible.

Numerosos estudios han puesto en evidencia que el acceso a una consulta especializada a cargo de enfermeras estomaterapeutas mejora en gran medida la calidad de vida del paciente. Su labor tiene una función asistencial, brindándole los cuidados necesarios, docente, enseñándole los conocimientos necesarios para su autocuidado, administrativa, elaborando un plan de acción integral con otros profesionales sanitarios e investigadora, buscando nuevas evidencias experimentando métodos y técnicas para mejorar la calidad asistencial.

Dado que el número de estomaterapeutas es aún reducido con respecto a la demanda, se hace necesario que el personal de enfermería esté muy formado en todos los aspectos que conlleva la práctica de una ostomía.

La enfermera es el profesional sanitario que más tiempo va a pasar en contacto con el paciente y es una pieza clave en su recuperación.

Por todo ello parece claro que sería necesario aumentar el número de profesionales especializados en ostomías y, a la vez, aumentar la formación en estos temas en la enfermería en general.

También sería importante hacer más estudios rigurosos que concluyeran evidencias científicas sobre aquellos aspectos que puedan mejorar la calidad de vida del paciente osteomizado.

6 Bibliografía

1. Babakhanlou, R., Larkin, K., Hita, A.G. et al. Stoma-related complications and emergencies. *Int J Emerg Med* 15, 17 (2022). [citado 2 mayo 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12245-022-00421-9>.
2. Gomez Rodríguez I. Atención de enfermería al paciente ostomizado. NPunto [Internet]. 2022 [citado 2 mayo 2023]; Vol. V (47):4–32. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6218a703a3cbbart1.pdf>.
3. Vallejo Secadas C. Calidad de vida del paciente portador de ostomías digestivas e importancia de las enfermeras estomaterapeutas. TFG. 2017 [citado 4 mayo 2023]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10902/11767>.
4. Minchala R, Estrella M. Caso Clínico. Abordaje de Ostomías. *Rev. Med HJCA* 2017 [citado 4 mayo 2023]; 9(2): 181 - 185. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14410/2107.9.2.cc.29>.
5. My. Constantino Luis Noda Sardiñas, Tte. Cor. Lázaro E. Alfonso Alfonso, Tte. Cor. Miguel Fonte Sosa, Cor. Francisco L. Valentín Arbona y My. Margarita L. Reyes Martínez, Problemática actual de los pacientes con ostomía. *Rev. Cubana Med Milit* 2001; [citado 5 mayo 2023]. 30(4):256-262. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572001000400008&lang=es.
6. Parra Rebollo, G. Cuidados y complicaciones de pacientes ostomizados en una consulta mono-gráfica de enfermería. TFG. 2016 [citado 7 mayo 2023]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/24476>.
7. Gómez Ayala, A. E. El paciente ostomizado: consejo farmacéutico. *Farmacia profesional* 2006, [citado 7 mayo 2023]. 20(8): 50-55. Disponible en: https://www.academia.edu/download/63827550/Paciente_ostomizado20200704-941-1h25ge0.pdf.

8. Zarate, A. Ostomías. Trabajo de Escuela de Medicina. Universidad Finis Terrae, [citado 8 mayo 2023]. Disponible en: <http://www.medfinis.cl/img/manuales/Ostomias-2021.pdf>.
9. Tsujinaka, S., Tan, K. Y., Miyakura, Y., Fukano, R., Oshima, M., Konishi, F., & Rikiyama, T. (2020). Current Management of Intestinal Stomas and Their Complications. *Journal of the anus, rectum and colon*, [citado 8 mayo 2023]. 4(1), 25–33.
Disponible en: <https://doi.org/10.23922/jarc.2019-032>.
10. Arenas Villafranca, J. J., Abilés, J., Moreno, G., Tortajada Goitia, B., Utrilla Navarro, P., & Gán-dara Adán, N. (2014). Ostomías de alto débito: detección y abordaje. *Nutrición hospitalaria*, [citado 9 mayo 2023]. 30(6), 1391- 1396. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014001300026.
11. Meneses Peña, V. V. (2019). Complicaciones asociados al déficit de autocuidado en pacientes con Ostomías (Bachelor's thesis). [citado 10 mayo 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/4734>.
12. Recio Medina, Francisco Javier; López Rodríguez, Luis. El marcaje del estoma y su repercusión en la calidad de vida y en las complicaciones postoperatorias en pacientes con colostomías. *Biblioteca Lascasas*, [citado 11 mayo 2023]. 2016; 12(3).
Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0908.php>.
13. García Martínez C, García Cueto B. Cuidados de Enfermería al paciente ostomizado. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. [citado 11 mayo 2023]. 2017. Noviembre;5(4): 35-48. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6224482>.
14. Ibáñez Blázquez, E., Rodrigo, F., & Teresa, M. Programa de educación para la salud dirigido a pacientes ostomizados y familiares” conoce tu estoma”. [citado 11 mayo 2023]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/90052>.
15. Díaz Lozano, L Participación del estudiante de enfermería en el cuidado de enfermería a personas con ostomía dentro del programa de terapia enterostomal Hospital Universitario del Valle pasantía Institucional. [Internet]. Colombia: Universidad de Valle; 2014 [citado: 2023, junio] 1 CD-ROM (90 páginas). [citado 12 mayo 2023]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10893/15656>.
16. Li, J., Zhang, Q., Wu, X., & Pang, D. (2022). The Quality and Clinical Applicability of Recommendations in Ostomy Guidelines: A Systematic Review. *Risk management and healthcare policy*, 15, 1517–1529. [citado 12 mayo 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S378684>.
17. García, M. D. C. V., & Prats, T. P. (Eds.). (2015). *Manual de cuidados en ostomías*.

Difusión Avances de Enfermería (DAE). [citado 15 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/download/ENFERMERIA%20TECNICAS/Manual%20de%20Cuidados%20en%20Ostomias%202009.pdf>.

18. Kugler, C. M., Breuing, J., Rombey, T., Hess, S., Ambe, P., Grohmann, E., & Pieper, D. (2021). The effect of preoperative stoma site marking on risk of stomarelated complications in patients with intestinal ostomy-protocol of a systematic review and meta-analysis. *Systematic reviews*, 10(1), 146. [citado 15 mayo 2023].

Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01684-8>.

Capítulo 52

ENFERMERÍA ANTE FRACTURA VERTEBRAL EN PACIENTE CON OSTEOPOROSIS

BEATRIZ LOPEZ COBOS

ESTHER PILAR GARCIA LEÓN

BEGOÑA CHÁVARRI MENA

MIRIAM ROSILLO MUÑOZ

LAURA NAVARRO HERRADOR

1 Introducción

La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por una disminución de la fortaleza ósea y es más común en mujeres posmenopáusicas, aunque también puede afectar a hombres y mujeres con condiciones médicas subyacentes o factores de riesgo relacionados con la desmineralización ósea. Las principales manifestaciones clínicas son las fracturas vertebrales y femorales, aunque los traumatismos pueden ocurrir en cualquier parte del esqueleto. La osteoporosis se define como una disminución de la resistencia ósea, lo que aumenta el riesgo de fractura. Esta reducción del tejido óseo está asociada con una disminución de la microestructura del esqueleto. La pérdida ósea y los cambios en la calidad ósea (estructural u ósea) suelen ser asintomáticos. En la mayoría de los casos, presentan síntomas cuando se produce la fractura. Las fracturas por osteoporosis ocurren con mayor

frecuencia en la edad adulta en cualquier hueso, más comúnmente después de un traumatismo directo o una caída, con la excepción de los dedos de las manos y los pies, la cara y el cráneo. La fisiopatología de los cambios en la calidad ósea aún es poco conocida, aunque puede estar relacionada con dos aspectos: cambios a nivel estructural acompañados de disminución de la masa ósea, así como pérdida de comunicación entre los huesos y cambios en el propio hueso. Por lo tanto, los conceptos de pérdida ósea y degeneración pueden superponerse.

2 Objetivos

- Ilustrar el diagnóstico y tratamiento de la fractura vertebral osteoporótica en un ejemplo clínico.
- Enfatizar la importancia de realizar una buena anamnesis y exploración física para realizar un diagnóstico certero.

3 Caso clínico

Mujer de 70 años con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento por hipotiroidismo, así como osteoporosis en los últimos cinco años, permanece en seguimiento ambulatorio en el servicio de reumatología. Sus tratamientos habituales son levotiroxina 25 mcg cada 24 horas, valsartán 160 mg cada 24 horas, prolia 60 mg cada 6 meses e hidroferol 0,266 mg cada 15 días. Ex fumador con 15 años de experiencia. Acudió al médico por dolor irradiado en la parte baja de la espalda a la mitad derecha del abdomen, todo en 9 días después de hacer pilates negó traumatismo directo. No hubo cambios en la fuerza o la sensación en las extremidades. El dolor empeora con el movimiento. Sin náuseas, vómitos ni fiebre. El paciente rechaza el síndrome de micción e incontinencia del esfínter. Había acudido en varias ocasiones a urgencias con diagnóstico de lumbalgia y cólico ureteral derecho, donde le indicaron analgésicos con opioides primarios y antiinflamatorios no esteroideos (AINE), pero el dolor no desaparece. El análisis se realizó sin cambios. Solo se aislaron 25 eritrocitos en el sedimento de orina. Durante la consulta refirió dolor persistente, y al examen físico se objetivó dolor a la palpación en columna lumbar, sin hematoma ni tumor a este nivel.

Dolor importante al moverse. La manipulación negativa de Lazeg y Bragard. La fuerza y la sensibilidad se conservan y son simétricas en las extremidades inferiores. El examen abdominal no reveló cambios, así como un golpe negativo en

el riñón bilateralmente. Se indicaron radiografías de columna lumbar (posterior-anterior (PA) y lateral) que evidenciaron reducción de la altura de los cuerpos vertebrales L1, ausentes en la radiografía anterior en 2022. Se requiere tomografía axial computarizada (TAC) de columna lumbar: La hernia L1 se presenta con signos de fractura transversa del tercio superior del cuerpo vertebral, con desplazamiento de la pared posterior 6 mm con ligera compresión del canal. Tienen un origen común. También se visualizan soluciones de continuidad a nivel de las piernas sin moverlas. Valoración clínica: Fractura vertebral L1 por osteoporosis. Tratamiento (según el testimonio del traumatólogo):

- Relativamente tranquilo. - El aparato ortopédico sacro lumbar está indicado para la movilización. - Reexamen en centros de trauma después de tres semanas con radiografías de seguimiento. Analgésicos para reducir y controlar el dolor.

4 Discusión-Conclusión

Las fracturas vertebrales por osteoporosis suelen ser indoloras. Si hay dolor generalmente es agudo y se localiza a lo largo de la línea media. Suele ser intensa en las dos primeras semanas y remite durante las próximas 4-6 semanas. Aumenta con el movimiento y tiende a irradiarse a través de los metámeros respectivos. Esta irradiación no es causada por compresión radicular, sino por dolor referido. En el examen físico, la palpación transversal de la columna es dolorosa y los músculos paraespinales pueden estar espásticos. Por todas estas razones, es importante tomar una buena historia y realizar un examen físico para un diagnóstico preciso. Radiográficamente, las vértebras suelen tener forma de cuña (pérdida de altura del segmento anterior). Tenga en cuenta que la osteoporosis no afecta a las primeras vértebras torácicas o cervicales. Los cambios en la posición de las vértebras debido a una fractura de columna pueden alterar el estado estático de la columna, dificultando el equilibrio y la marcha, y aumentando la probabilidad de caídas. El síndrome de compresión vertebral es más común en las mujeres porque es una característica de la osteoporosis posmenopáusica. Por ello, es importante revisar sus antecedentes personales así como el tratamiento previo adecuado para evitar fracturas y realizar un diagnóstico precoz ante la sospecha de una fractura vertebral.

5 Bibliografía

1. Lindsay R, Cosman F. Osteoporosis. En: Harrison: Principios de Medicina Interna-McGraw-Hill 20ª Edición. Harcourt S.A; 2018.p. 2942-2959.

2. González Macías J, Guañabens Gay N, Nolla Solé JM, Tena Marsá X. Enfermedades óseas. En: Rozman, C. Farreras: Medicina Interna 17ª edición. Elsevier; 2012. p. 996-1014.

Capítulo 53

ENFERMERÍA ANTE EL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL DE ORIGEN MULTIFACTORIAL

BEATRIZ LOPEZ COBOS

ESTHER PILAR GARCIA LEÓN

BEGOÑA CHÁVARRI MENA

MIRIAM ROSILLO MUÑOZ

LAURA NAVARRO HERRADOR

1 Introducción

Se define aneurisma como dilatación anormal a nivel de la pared de un vaso sanguíneo. El aneurisma real implica todas capas de la pared vascular, la íntima, la media y la adventicia, diferenciándose del falso aneurisma (pseudoaneurisma), en que solo están afectadas las capas íntima y media.

Los aneurismas se pueden agrupar también por su aspecto: el fusiforme afecta a toda la circunferencia de una parte del vaso, implicando con ello una dilatación difusa en el vaso arterial, mientras que el aneurisma sacciforme comprende solo un segmento de la circunferencia, dando como resultado una protuberancia de la pared vascular. Por otro lado, los podemos agrupar por su localización, bien abdominales o bien torácicos.

Los aneurismas de la aorta se deben a trastornos que provocan la destrucción o la creación alterada de los elementos básicos de la estructura de la pared aórtica, que son la elastina y colágeno. Dentro de la etiología de los aneurismas se encuentran enfermedades degenerativas, de causa genética o del desarrollo, así como vasculitis, infecciones y traumatismos.

Dentro de los aneurismas, los de la aorta abdominal tienen predilección por los varones frente a las mujeres y aumenta su incidencia con la edad. En cuanto a los factores de riesgo uno de los más importantes y modificable es el consumo de tabaco. Otro factor de riesgo es la aterosclerosis, encontrándose casi en un 90% de los casos de aneurismas mayores de 4 cm, dependencia con la enfermedad aterosclerótica.

Es poco habitual que el aneurisma de aorta abdominal provoque síntomas; en ocasiones se detecta en un examen rutinario o de forma casual como hallazgo radiológico, en pruebas solicitadas por otros motivos. Se puede detectar al examinar al paciente como una masa palpable, pulsátil y habitualmente sin dolor. Si bien es cierto, que conforme va aumentando su tamaño puede provocar dolor. Este último síntoma es de mal pronóstico, ya que suele estar asociado a la rotura del aneurisma.

2 Objetivos

- Explicar mediante un caso clínico el manejo y diagnóstico del aneurisma de aorta abdominal.
- Mostrar la importancia de tener en cuenta los múltiples factores de riesgo y etiológicos en el aneurisma de aorta abdominal.

3 Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 69 años de edad que acude a urgencias hospitalarias por dolor abdominal.

Antecedentes personales:

- Sin alergias medicamentosas conocidas.
- Hipertensión arterial.
- Obesidad grado 2.
- Insuficiencia renal crónica estadio 3a.
- Hábitos tóxicos: fumador de 10 cigarrillos al día desde los 15 años. Bebedor habitual de cerveza (4-5 al día).
- Intervenciones quirúrgicas: no.

- Situación basal: índice de KATZ A. Vive solo.

Tratamiento habitual.

Valsartan 80 mg cada 24 horas; Diazepam 5 mg cada 24 horas; Omeprazol 20 mg cada 24 horas; Hidroferol 0.2666 mg cada 15 días.

Enfermedad actual.

Varón de 61 años de edad que refiere desde hace unos 14 días dolor a nivel de hipocondrio izquierdo, irradiado a región lumbar izquierda. El dolor no modifica con los movimientos, ni la ingesta alimentaria, aunque si empeora por las noches. Sin fiebre. Alteración en hábito intestinal con diarrea, sin productos patológicos, y náuseas y vómitos coincidiendo con el dolor abdominal. Ocasionalmente disuria y tenesmo vesical, sin polaquiuria.

Ha acudido a su centro de salud en dos ocasiones en los últimos dos días por debilidad, dolor abdominal y diarrea, pautándosele hidratación con suero oral y analgésicos (buscapina 10 mg cada 24 horas vía oral), sin mejoría.

Exploración física.

Constantes vitales: Frecuencia cardíaca 120 lpm, tensión arterial (TA) 125/82 mmHg, Frecuencia respiratoria 16 rpm, Saturación (FiO2 ambiente) 99% Temperatura 36.2°.

Regular estado general. Consciente y orientado en las tres esferas. Palidez cutánea y mucosas. Obeso. Eupneico en sedestación, sin signos de dificultad respiratoria. No ingurgitación yugular a 45°. Auscultación cardíaca (AC): arrítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar (AP) hipoventilación bibasales, con crepitantes. Abdomen: blando y depresible, destaca a la palpación masa dolorosa de unos 8 cm de diámetro, con matidez a la percusión, no pulsátil. Sin otras alteraciones. Extremidades: sin edemas, ni signos de trombosis venosa profunda. Neurológico: sin focalidad.

Pruebas complementarias.

- Analítica urgencias:

Bioquímica: función renal alterada (creatinina de 6,88 mg/dl y Urea de 192 mg/dl), con alteración hidroelectrolítica (Na: 122 mEq/l, K: 6,3 mEq/l, Cl: 88 mEq/l.

Gasometría venosa: acidosis metabólica hiperlactacidémica compensada (pH: 7,35, bicarbonato de 17,8 mmol/L, exceso de bases de -6,5, lactato de 4,2 mmol/l).

Hemograma: aumento de reactantes de fase aguda con leucocitosis de 31,8 x 103/ul con desviación a la izquierda (neutrófilos 91%), PCR de 26,3 y procalcitonina de 6.87.

Coagulación: INR:1,21, AP: 74%, TP: 13.5 s, TTPA: 23,1s.

- Radiografía de tórax: índice cardiorácico aumentado, engrosamiento hiliar bilateral, seno costofrénico izquierdo pinzado. No se aprecian infiltrados, ni con-

densaciones.

- Electrocardiograma (ECG): fibrilación auricular a 95-110 lpm, eje QRS -60° , sin otras alteraciones en ondas, ni intervalos.

Dada la clínica se decide solicitar TAC abdomino-pélvico con contraste intravenoso: se comprueba la existencia de un aneurisma aorta abdominal subyacente a las arterias renales, con evidente fuga de contraste en la fase venosa portal, hacia la colección referida en el estudio previo. Conclusión: se demuestra aneurisma de aorta infrarrenal con luz verdadera de 48 mm (sin conseguir delimitar con exactitud el saco aneurismático) con gran hematoma intraabdominal de aproximadamente 22x20x14 cm y extravasación de contraste en relación con rotura de la misma.

Evolución.

Se comenta el paciente con cirugía vascular que recomienda manejo por su parte. Se desestima tratamiento endovascular por morfología desfavorable, por lo que se decide realizar tratamiento quirúrgico. Bajo anestesia general, se realiza incisión de laparotomía media, apertura de retroperitoneo con evacuación de gran hematoma, con imposibilidad para el clampaje aórtico. El paciente se desestabiliza hemodinámicamente y sufre parada cardiorrespiratoria, por lo que se inician maniobras de reanimación cardiorrespiratoria, sin éxito. Finalmente se produce exitus.

Comentario.

Es destacable, que a las 48 horas de exitus del paciente, avisan desde microbiología por resultado de hemocultivos positivos, desarrollándose: *Salmonella enteritidis*.

Diagnóstico final.

1. Desgarro de aneurisma de la aorta abdominal infrarrenal con hematoma intraabdominal de probable origen multifactorial.
2. Sepsis de origen abdominal secundaria a *Salmonella enteritidis*
3. Insuficiencia renal crónica reagudizada severa.
4. Acidosis metabólica hiperlactacidémica.
5. Fibrilación auricular no conocida de data indeterminada.

4 Discusión-Conclusión

La causa más frecuente del aneurisma es la arterioesclerosis con predominio por la aorta abdominal. En la mayoría de casos son asintomáticos y, si hay síntomas, suelen estar asociados con una complicación aguda catastrófica, explicando así la elevada mortalidad.

Dentro de las complicaciones del aneurisma aórtico, las más frecuentes son la rotura del mismo con shock hemorrágico y muerte, la trombosis y la embolización. Menos habitual son la rotura crónica mantenida, la fistula aortocava o aortoentérica, el aneurisma inflamatorio y el aneurisma micótico.

Actualmente el aneurisma de origen micótico se agrupa dentro del término aneurismas infecciosos. Según la causa se dividen en cuatro tipos: aneurismas micóticos cuyo origen son émbolos sépticos arteriales, la arteritis microbiana que destruye la pared y formación de aneurismas, la infección de aneurismas ya presentes previamente y los falsos aneurismas infectados.

A nivel fisiopatológico los agentes patógenos provocan inflamación en zonas de placas ateroscleróticas. Esta destrucción e inflamación de la pared aórtica, provoca la creación de aneurismas sacciformes también llamados aneurismas micóticos, con preferencia por la aorta abdominal suprarrenal. Los síntomas más habituales, si los hubiera, son fiebre, dolor torácico, dorsalgia o dolor abdominal. En ocasiones previo a esto pueden presentar diarrea.

El diagnóstico se realiza a través de la anamnesis, apoyándose a nivel analítico en aumento de reactantes de fase aguda, los hemocultivos que son positivos en un gran porcentaje de los casos, y finalmente en la tomografía axial computarizada (TAC). Es necesario, por tanto, dos o más de los siguientes criterios: presencia de sepsis, hemocultivos positivos, si fuera posible cultivo de la pared del aneurisma confirmando la infección y presencia radiológica de posible infección en la pared. Es vital un diagnóstico precoz, así como iniciar a la mayor brevedad posible antibioterapia, ya que esto se asocia a menores tasas de mortalidad.

El interés de este caso clínico radica en la presentación clínica y sobre todo en la etiología inusual. Se trata de un paciente varón con factores de riesgo (hipertensión y obesidad) para enfermedades vasculares, destacada en el caso la presentación tórpida y de larga evolución del cuadro. En un primer momento, dada la clínica, la exploración física y los datos de laboratorio, el abanico de diagnósticos diferenciales es muy grande, sospechando en un primer momento sepsis abdominal. Gracias al apoyo en pruebas de imagen como la TAC con contraste intravenoso, se llega al diagnóstico de desgarro de aneurisma aórtico infrarrenal con hematoma de gran tamaño asociado. Destaca del caso, que finalmente en hemocultivos se desarrolla *Salmonella enteritidis*, sumándose a una de las posibles causas o complicación del aneurisma, siendo ésta una causa muy poco frecuente de la misma.

Conclusiones:

- La causa más frecuente del aneurisma es la arterioesclerosis, con predominio por la aorta abdominal. En la mayoría no presentan ningún síntoma.

- Los pacientes presentan clínica inespecífica, pudiendo tener fiebre, dolor torácico, dorsalgia o dolor abdominal. En ocasiones previo a esto pueden presentar diarrea.
- El diagnóstico se realiza a través de la anamnesis, apoyándose a nivel analítico en aumento de reactantes de fase aguda, los hemocultivos que son positivos en un gran porcentaje de los casos, y finalmente en la TAC.
- Es vital un diagnóstico precoz, así como iniciar a la mayor brevedad posible antibioterapia, ya que esto se asocia a menores tasas de mortalidad.
- Por último, se recomienda, a pesar de ser una manifestación menos común, tener en cuenta en pacientes que presentan factores de riesgo y datos de septicemia, la posible manifestación de la enfermedad aórtica como aneurisma micótico.

5 Bibliografía

1. Loscalzo J, Creager MA. Enfermedades de la aorta. Harrison: principios de medicina interna. 20ª edición. Editorial McGraw Hill. Volumen 2. 2018;274: 1917-1923.
2. Torres-Fonseca M, Galan M, Martinez-Lopez D, Cañes L, Roldan-Montero R, Alonso J, et al. Fisiopatología del aneurisma de aorta abdominal: biomarcadores y nuevas dianas terapéuticas. Clin Investig Arterioscler. 2019;31(4):166–77.
3. Galán Ros J, de Ayala Fernández JÁ, Escudero Jiménez Á. Aortitis torácica por Salmonella enteritidis. Rev Esp Cardiol. 2017;71(9):759–60.

Capítulo 54

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE LA PANCREATITIS AGUDA

SARA RODRIGUEZ ARENAS

SILVIA RASINES AGUILAR

MARTA MORENO CANALES

MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA

MIRIAM ANGULO QUINTANAR

1 Introducción

La pancreatitis aguda es una inflamación aguda del páncreas, un órgano vital en el sistema digestivo que produce enzimas para la digestión y hormonas como la insulina. Esta afección puede variar desde casos leves hasta graves y potencialmente mortales. Aquí se destacan algunos aspectos clave:

Causas: La causa más común de pancreatitis aguda es el consumo excesivo de alcohol y la litiasis biliar (cálculos biliares). Otras causas incluyen infecciones, traumatismos, medicamentos, enfermedades metabólicas y procedimientos médicos.

Síntomas: Los síntomas típicos incluyen dolor abdominal intenso y persistente, náuseas, vómitos, fiebre y distensión abdominal. En casos graves, puede haber complicaciones como insuficiencia orgánica y shock.

Diagnóstico: El diagnóstico se realiza mediante la evaluación de los síntomas del

paciente, pruebas de laboratorio como niveles elevados de enzimas pancreáticas y estudios de imagen como la tomografía computarizada (TC) abdominal.

Tratamiento: El tratamiento de la pancreatitis aguda varía según la gravedad. Puede incluir hospitalización, ayuno, hidratación intravenosa, medicamentos para controlar el dolor y la inflamación, así como cirugía en casos graves.

Complicaciones: Las complicaciones de la pancreatitis aguda pueden ser graves y pueden incluir necrosis pancreática, infecciones, insuficiencia orgánica y formación de pseudocistos pancreáticos.

Prevención: La prevención de la pancreatitis aguda implica evitar el consumo excesivo de alcohol, mantener una dieta saludable y controlar las enfermedades subyacentes como la litiasis biliar.

El manejo de la pancreatitis aguda es complejo y requiere una atención médica inmediata y especializada. El pronóstico varía según la gravedad y la prontitud del tratamiento. Por lo tanto, es fundamental buscar atención médica ante la presencia de síntomas sospechosos y seguir las recomendaciones del equipo de salud para garantizar una recuperación adecuada.

2 Objetivos

Conocer el papel del enfermero ante la pancreatitis aguda.

3 Metodología

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

4 Resultados

El manejo del paciente ingresado por pancreatitis aguda es un proceso multidisciplinario que involucra a médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud. Los enfermeros desempeñan un papel crucial en la atención y el bienestar de

estos pacientes. Aquí se presentan algunas de las funciones clave que los enfermeros realizan en el manejo de pacientes con pancreatitis aguda:

Evaluación inicial: Los enfermeros llevan a cabo una evaluación completa del paciente al ingresar, incluyendo la recopilación de antecedentes médicos, la medición de signos vitales y la valoración de los síntomas. Esta evaluación ayuda a determinar la gravedad de la pancreatitis y a establecer un plan de atención.

Monitorización continua: La monitorización constante es esencial. Los enfermeros supervisan de cerca los signos vitales del paciente, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la temperatura. También controlan los niveles de oxígeno en sangre y el estado de hidratación.

Control del dolor: El dolor abdominal suele ser un síntoma prominente en la pancreatitis aguda. Los enfermeros administran medicamentos para controlar el dolor según las indicaciones médicas y evalúan regularmente la efectividad del tratamiento.

Administración de líquidos y nutrición: La hidratación es fundamental para el manejo de la pancreatitis aguda. Los enfermeros administran líquidos intravenosos para mantener un equilibrio adecuado de fluidos y electrolitos. En algunos casos, pueden administrar nutrición parenteral total o nutrición enteral según las indicaciones médicas.

Monitoreo de la alimentación oral: En pacientes con pancreatitis aguda leve, los enfermeros supervisan la tolerancia a la dieta oral y ajustan la alimentación según las necesidades del paciente. Esto se hace de manera gradual para evitar la estimulación excesiva del páncreas.

Prevención y manejo de complicaciones: Los enfermeros están atentos a las posibles complicaciones, como infecciones, necrosis pancreática, insuficiencia orgánica y shock. Trabajan en estrecha colaboración con el equipo médico para detectar y tratar estas complicaciones de manera oportuna.

Educación al paciente y la familia: Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la educación del paciente y su familia sobre la pancreatitis aguda, los síntomas a los que deben estar atentos y las medidas de autocuidado. Proporcionan orientación sobre la dieta, la importancia de dejar de fumar y otros aspectos relevantes.

Apoyo emocional: La pancreatitis aguda puede ser una experiencia angustiante

para los pacientes y sus familias. Los enfermeros brindan apoyo emocional, escuchan las preocupaciones y ofrecen orientación para ayudar a los pacientes a enfrentar la enfermedad.

Coordinación del alta: Cuando el paciente se recupera lo suficiente como para recibir el alta hospitalaria, los enfermeros trabajan en conjunto con el equipo médico para garantizar una transición segura. Proporcionan instrucciones sobre el seguimiento médico, la dieta y la medicación necesaria.

5 Discusión-Conclusión

Los enfermeros desempeñan un papel esencial en el manejo de pacientes ingresados por pancreatitis aguda, proporcionando atención clínica, apoyo emocional y educación que contribuyen a la recuperación del paciente. Su trabajo en equipo con otros profesionales de la salud es fundamental para garantizar una atención integral y de calidad.

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 55

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE EXTIRPACIÓN DE PÓLIPOS EN EL COLON

SARA RODRIGUEZ ARENAS

SILVIA RASINES AGUILAR

MARTA MORENO CANALES

MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA

MIRIAM ANGULO QUINTANAR

1 Introducción

Los pólipos en el colon son crecimientos anormales que se desarrollan en el revestimiento interno del colon o del recto. Varios tipos de pólipos pueden encontrarse en esta área, siendo los más comunes los pólipos adenomatosos, hiperplásicos y serrados. Estos crecimientos pueden variar en tamaño y forma, y la mayoría son benignos, pero algunos tienen el potencial de volverse cancerosos con el tiempo.

Es importante que los pólipos sean detectados y tratados a tiempo, ya que la extirpación de pólipos adenomatosos durante una colonoscopia puede prevenir el desarrollo futuro de cáncer de colon. Las personas con factores de riesgo, como antecedentes familiares de cáncer colorrectal o una edad avanzada, deben someterse regularmente a exámenes de detección, como colonoscopias, para identificar pólipos en etapas tempranas.

El tratamiento de los pólipos depende de su tipo y tamaño. La mayoría de los pólipos pequeños se pueden extirpar durante una colonoscopia. Sin embargo, los pólipos más grandes o aquellos que se considera que tienen un mayor riesgo de cáncer pueden requerir cirugía.

La prevención es clave en el manejo de los pólipos en el colon. Mantener una dieta equilibrada rica en fibra, hacer ejercicio regularmente y evitar el consumo excesivo de alcohol y tabaco puede reducir el riesgo de desarrollar pólipos y cáncer de colon. Además, es esencial seguir las recomendaciones de su médico en cuanto a la frecuencia de las pruebas de detección y colonoscopias, especialmente si tiene factores de riesgo.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del enfermero ante la extirpación de pólipos en el colon.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del enfermero en la extirpación de pólipos en el colon es fundamental para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente antes, durante y después del procedimiento. Aquí se describen las funciones clave que desempeña el enfermero en este proceso:

Preparación preoperatoria del paciente: Antes de la extirpación de pólipos en el colon, el enfermero se encarga de explicar el procedimiento al paciente, responder a sus preguntas y proporcionar apoyo emocional. También verifica la historia médica del paciente, incluidos alergias y medicamentos actuales, y se asegura de que siga las instrucciones de ayuno adecuadamente.

Preparación del equipo y el entorno: El enfermero colabora en la preparación de la sala de procedimientos, asegurándose de que esté equipada con los instrumentos y suministros necesarios esterilizados y listos para su uso. Además, verifica la funcionalidad de los dispositivos de monitorización y garantiza que el entorno sea seguro y estéril.

Asistencia durante el procedimiento: Durante la extirpación de pólipos en el colon, el enfermero trabaja en estrecha colaboración con el médico, proporcionando los instrumentos y materiales necesarios, así como monitoreando constantemente al paciente. Esto incluye controlar signos vitales, como la presión arterial y la frecuencia cardíaca, y estar preparado para intervenir si surge alguna complicación.

Manejo del dolor y la ansiedad: El enfermero administra medicamentos para aliviar el dolor o la ansiedad del paciente según sea necesario y brinda apoyo emocional constante para mantenerlo tranquilo y cómodo durante el procedimiento.

Registro y documentación: Llevar un registro detallado de la extirpación de pólipos, incluyendo el tipo, tamaño y ubicación de los pólipos extirpados, así como cualquier complicación o hallazgo inusual, es esencial para el historial médico del paciente. El enfermero se encarga de documentar de manera precisa y completa cada aspecto del procedimiento.

Cuidado postoperatorio: Después de la extirpación de pólipos en el colon, el enfermero vigila al paciente en la sala de recuperación. Esto implica controlar signos vitales, observar posibles signos de sangrado o infección y proporcionar al paciente líquidos y comidas según las indicaciones médicas. Además, el enfermero educa al paciente sobre el cuidado en el hogar, como el seguimiento de una dieta específica o la toma de medicamentos recetados.

Comunicación y coordinación: El enfermero se comunica efectivamente con el paciente, el médico y otros miembros del equipo de atención médica para garantizar una atención integral y coordinada. Esto puede incluir la programación de citas de seguimiento y la coordinación de la atención postoperatoria.

El enfermero desempeña un papel esencial en todas las etapas de la extirpación de pólipos en el colon, desde la preparación y asistencia durante el procedimiento hasta el cuidado postoperatorio y la comunicación efectiva. Su enfoque en la seguridad del paciente y el apoyo emocional contribuyen significativamente al éxito y la recuperación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para un buen tratamiento en la extirpación de pólipos en el colon es seguir las indicaciones médicas de manera rigurosa. Es crucial que el paciente comprenda la importancia de seguir las instrucciones de ayuno y preparación previa al procedimiento, así como cualquier recomendación postoperatoria, como la dieta y los medicamentos. Esto contribuye en gran medida a prevenir complicaciones y garantizar una recuperación óptima.

Además, es esencial que el paciente comunique cualquier preocupación o síntoma inusual al equipo médico, incluso después de abandonar el hospital. La detección temprana de complicaciones como el sangrado excesivo o signos de infección puede marcar la diferencia en el éxito del tratamiento. En última instancia, mantener una comunicación abierta y constante con el equipo médico y seguir las indicaciones médicas son claves para un tratamiento efectivo y una recuperación exitosa tras la extirpación de pólipos en el colon.

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 56

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE EL POLITRAUMATIZADO

SARA RODRIGUEZ ARENAS

SILVIA RASINES AGUILAR

MARTA MORENO CANALES

MARÍA DEL PRADO RAMÍREZ REINA

MIRIAM ANGULO QUINTANAR

1 Introducción

Un paciente politraumatizado se refiere a alguien que ha sufrido lesiones traumáticas en múltiples partes del cuerpo debido a un accidente o incidente traumático. El manejo de un paciente politraumatizado es un proceso complejo y crítico que involucra la evaluación, estabilización y tratamiento rápido para minimizar el riesgo de complicaciones graves.

La evaluación inicial debe ser rápida y sistemática para identificar y abordar las lesiones que amenazan la vida, como problemas respiratorios, hemorragias masivas o lesiones cerebrales. Esto se hace siguiendo el protocolo ABCDE: Asegurar la vía aérea, evaluar la Respiración, verificar la Circulación, evaluar el Estado neurológico y Exponer al paciente para una evaluación completa.

La estabilización incluye medidas como la inmovilización del cuello y la columna vertebral, el control de la hemorragia y la administración de líquidos o transfu-

siones si es necesario. Posteriormente, se realiza una evaluación más detallada de las lesiones y se prioriza su tratamiento, que puede incluir cirugía, radiología intervencionista o intervenciones médicas.

El equipo médico y de enfermería debe trabajar en conjunto para proporcionar atención integral, y es crucial mantener una comunicación efectiva y documentación adecuada durante todo el proceso. El tratamiento y la rehabilitación a largo plazo pueden ser necesarios para ayudar al paciente a recuperarse y mejorar su calidad de vida.

El manejo de un paciente politraumatizado requiere una evaluación rápida y precisa, estabilización, tratamiento de lesiones identificadas y una atención continua para garantizar la mejor recuperación posible.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del enfermero ante el paciente politraumatizado.

3 Metodología

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

4 Resultados

El paciente ingresado por politraumatismo requiere una atención médica y de enfermería altamente especializada debido a la complejidad de sus lesiones. El enfermero desempeña un papel crucial en la atención de estos pacientes, y sus funciones son diversas y esenciales para garantizar una atención de calidad. Aquí se detallan algunas de las principales funciones del enfermero en el manejo de pacientes ingresados por politraumatismo:

Evaluación inicial: El enfermero realiza una evaluación inicial completa del paciente para identificar lesiones que amenacen su vida. Esto implica evaluar la vía

aérea, la respiración y la circulación (siguiendo el protocolo ABCDE) y priorizar las intervenciones según la gravedad de las lesiones.

Monitoreo constante: El enfermero realiza un monitoreo constante de los signos vitales, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno. Cualquier cambio en estos parámetros se debe identificar y abordar de inmediato.

Inmovilización y movilización segura: El enfermero colabora en la inmovilización segura de las lesiones, como la columna vertebral, y en la movilización controlada de acuerdo con las indicaciones médicas para prevenir complicaciones.

Administración de medicamentos: Administra medicamentos según las órdenes médicas, que pueden incluir analgésicos para el control del dolor y antibióticos para la prevención de infecciones.

Apoyo emocional: Brinda apoyo emocional al paciente y a sus familiares, ya que el politraumatismo puede ser una experiencia traumática. La comunicación efectiva y la empatía son esenciales.

Coordinación del equipo de salud: Colabora estrechamente con otros profesionales de la salud, como médicos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, para garantizar una atención integral y coordinada.

Manejo de dispositivos médicos: Si se requieren dispositivos médicos, como tubos de drenaje o sondas, el enfermero debe asegurarse de su correcto funcionamiento y mantener la higiene adecuada.

Educación al paciente: Proporciona información al paciente y a sus familiares sobre las lesiones, el tratamiento y las expectativas de recuperación.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de la atención brindada, los signos vitales, la administración de medicamentos y cualquier cambio en la condición del paciente. La documentación precisa es esencial para la continuidad de la atención.

Prevención de complicaciones: Trabaja en la prevención de complicaciones, como úlceras por presión, trombosis venosa profunda e infecciones, mediante el uso de medidas preventivas y el monitoreo constante.

5 Discusión-Conclusión

El enfermero desempeña un papel fundamental en la atención del paciente ingresado por politraumatismo, desde la evaluación inicial hasta la atención continua y la coordinación del equipo de salud. Su experiencia y habilidades son esenciales para proporcionar una atención segura y efectiva a estos pacientes altamente vulnerables.

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 57

CONTROL DE HEMORRAGIAS EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

TAMARA PEREZ GARCIA

ANA RODRIGUEZ QUESADA

ANDREA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Una hemorragia se define como la salida de sangre del lecho vascular. Las hemorragias pueden ser leves, fáciles de solucionar sin necesidad de una atención especializada, y más graves que comprometen la vida del paciente.

Las hemorragias se clasifican según su localización en:

1. Hemorragia interna: la sangre se acumula en espacios dentro del organismo. Podrían llegar a ser muy graves, y se debe sospechar en todo paciente politraumatizado.
2. Hemorragia externa: la pérdida de sangre ocurre hacia el exterior, a través de heridas.
3. Hemorragia exteriorizada: la pérdida de sangre se produce a través de orificios naturales del cuerpo. Ejemplos de hemorragia exteriorizada son otorragias, epistaxis, hematemesis y hemoptisis.

La clasificación en función del origen:

- Arterial: pérdida sanguínea de una arteria lesionada. Sangre caracterizada por ser de color rojo vivo brillante.
- Venosa: procedente de vena lesionada. Se caracteriza por ser de color rojo oscuro o negruzco, que fluye lentamente y de forma continua.

- Capilar: se trata de un sangrado continuo y lento a través de pequeños puntos hemorrágicos.

Las hemorragias representan la mayor proporción de muertes por traumatismo en el ámbito extrahospitalario. Por lo que un rápido manejo y control de estas, podrían prevenir un gran número de muertes.

La técnica general para el control de hemorragias se trata de mantener una presión fuerte, directa y sostenida durante al menos 5 minutos sobre la herida. Si se trata de hemorragias moderadas, esta técnica sería suficiente para lograr la hemostasia. En caso de hemorragias más graves, habría que aplicar un vendaje hemostático.

2 Objetivos

- Estudiar las diferentes hemorragias y su control, en una urgencia, con el fin de prevenir cualquier complicación o muerte.

3 Metodología

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

4 Resultados

Ante un paciente con hemorragia se realizará una valoración siguiendo el esquema ABCDE, para así poder evaluar el estado general de nuestro paciente y la gravedad de las lesiones que porta.

En aquellos pacientes que tienen una hemorragia activa, se deberá llevar a cabo una “estrategia de reposición hipertensiva”, junto con el control de la hemorragia. Para ello, en pacientes sin traumatismo craneoencefálico (TCE) se recomienda una presión arterial entre 8’ y 90 mmHg, al menos hasta que la fuente haya sido controlada. En pacientes con TCE se recomienda una Presión Arterial Sistólica (PAS) de al menos 110 mmHg o una Presión Arterial Diastólica (PAD) de al menos 80 mmHg. La reposición inicial se llevará a cabo con cristaloides, siendo el suero fisiológico 0,9% y el Ringer Lactato los recomendados.

En pacientes con hemorragia grave se recomienda la administración precoz de hemoderivados. Además, en la actualidad se ha visto que la administración de calcio puede mejorar el pronóstico del paciente, ya que este ayuda a la activación de los factores de coagulación en las distintas fases.

También se recomienda la administración precoz de ácido tranexámico en paciente que han sufrido un trauma y sufren una hemorragia masiva. Se debe revertir la anticoagulación rápidamente en paciente con traumatismo grave.

Para el control de las hemorragias externas disponemos de:

- Vendaje hemostático

- Vendaje israelí se trata de un vendaje estéril, no adherentes y comprensivo, que aplica presión constante y directa. Este sistema ayuda al control de hemorragias de forma segura y rápida y además incluye un sistema de fijación propio.

- Torniquete: se trata de un dispositivo que ejerce presión circunferencial continua 5-7 cm por encima de la lesión, de tal forma que la cohibe.

- Agentes hemostáticos: son agentes activos que favorecen el proceso de hemostasia propio del cuerpo humano, que tal forma que minimizan o incluso detienen el sangrado masivo.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento precoz de una hemorragia es imprescindible para prevenir posibles complicaciones e incluso la muerte del paciente. Se debe actuar inmediatamente, evaluar al paciente y en función de ello aplicar un tratamiento individualizado. Además, se debe estudiar o valorar los beneficios en relación con los riesgos, y escoger el tratamiento que esté justificado.

Existen una gran variedad de agentes hemostáticos, así como vendajes y torniquetes, de los cuales debemos conocer su técnica de empleo, ya que si no están bien colocados no harían su función correctamente.

Como enfermeros debemos estar al corriente de estas técnicas porque las el fallecimiento por hemorragias en traumatismos son la primera causa de muerte prevenible.

6 Bibliografía

1. Manual de Procedimientos SAMUR-Protección Civil. Procedimientos Asistenciales, Técnicas: Trauma: Control de hemorragias. Ed 2023 0.0. Disponible en: https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/606_02.htm

2. Espinoza José Miguel. Atención básica y avanzada del politraumatizado. *Acta méd. peruana* [Internet]. 2011 Abr [citado 2023 Sep 29] ; 28(2): 105-111. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200007&lng=es.
3. González Guerrero Celia, Montoro Ronsano José Bruno. Fisiopatología y tratamiento de la hemorragia crítica: una revisión de la literatura. *Farm Hosp.* [Internet]. 2015 Dic [citado 2023 Sep 29] ; 39(6): 382-398. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432015000600008&lng=es

Capítulo 58

PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN PEDIATRÍA

ANA NIETO CARRETERO

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ PINA

1 Introducción

Se define parada cardiorrespiratoria por la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la respiración espontánea y de la actividad mecánica del corazón, evaluada por la imposibilidad de palpar pulso arterial central, o por la ausencia de signos vitales (respiración, tos o movimientos).

En reanimación cardiopulmonar se dividen las edades pediátricas en recién nacidos (periodo inmediato tras el nacimiento), lactante (tras el periodo inmediato al nacimiento hasta los 12 meses) y niño (entre 1 año y el comienzo de la pubertad). La incidencia de patología crítica en el paciente pediátrico es mucho menor que en los adultos.

La etiología del paro cardiorrespiratorio en lactantes y niños normalmente es la asfixia y el resultado es el fallo respiratorio progresivo o shock. El episodio de asfixia conduce a hipoxemia sistemática e hipercapnia, continuando a acidosis, bradicardia con hipotensión y finalizando en paro cardíaco por asistolia.

Las causas más frecuentes de paro cardiorrespiratorio en lactantes son las malformaciones congénitas, las complicaciones por prematuridad y el síndrome de muerte súbita del lactante, mientras que en mayores de un año son accidentes en el domicilio, sus alrededores o lugares públicos. La RCP y el uso de un DEA

pueden aumentar significativamente las posibilidades de supervivencia en casos de parada cardiorrespiratoria.

2 Objetivos

- Formar en reanimación cardiopulmonar básica de la población general son las medidas más eficaces para disminuir la mortalidad de la parada cardiorrespiratoria en niños.
- Conocer el algoritmo de niños con respecto al de adultos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 inicial al paciente inestable debe seguir una sistemática clara. El triángulo de evaluación pediátrica (TEP), la secuencia ABCDE y las reevaluaciones frecuentes serán los fundamentos más importantes de la actuación de los profesionales sanitarios.

El triángulo de evaluación pediátrica es una evaluación rápida, en unos segundos (máximo un minuto). Se compone de tres lados: apariencia, respiratorio y circulatorio.

La apariencia da una idea de la perfusión y oxigenación cerebral. Su alteración puede indicar una disfunción del sistema. A nervioso central (SNC). Dentro de ello nos fijamos en el tono (hipotónico, no se mueve o está muy hipoactivo), reactividad (responde poco o nada a los estímulos externos, no interacciona o juega), consuelo (irritabilidad o llanto inconsolable), mirada (mirada perdida o fija), lenguaje / llanto (débil, apagado o ausente. Incapaz de hablar de forma adecuada a su edad).

El respiratorio da una idea de la ventilación y la oxigenación. Los ruidos patológicos que podemos observar pueden ser gruñidos, ronquido, estridor, disfagia, sibilancias o quejido espiratorio. Los signos visuales que podemos ver pueden ser tiraje a cualquier nivel, taquipnea, aleteo nasal, postura anormal, cabeceo (aparece con más frecuencia en los lactantes).

El circulatorio es una valoración visual de la piel que nos podemos hacer una idea de la perfusión y el gasto cardíaco (palidez, cianosis o piel moteada / parcheada).

Tras la valoración del TEP y establecido el diagnóstico fisiopatológico debemos iniciar el ABCDE. La secuencia ABCDE consiste en el reconocimiento de forma secuencial del paciente pediátrico con examen físico, monitorización y toma de constantes.

La secuencia ABCDE nos dice el orden de prioridad. De esta forma, no podremos pasar al siguiente paso hasta no actuar para resolver las alteraciones del que nos encontramos evaluando. Esta secuencia se debe repetir, desde el inicio de la misma, a modo de reevaluación cada cierto tiempo o cada vez que haya algún cambio importante en el estado del paciente. La permeabilidad y estabilidad de la vía aérea deben ser las prioridades absolutas en todo paciente, pues su fallo puede suponer una amenaza para la vida de forma muy rápida. Junto a la valoración vía aérea indicaremos la inmovilización cervical en caso de traumatismo.

La secuencia ABCDE significa:

- A (vía aérea): comprobar permeabilidad de la vía aérea.
- B (ventilación): elevación del tórax, patrón y ruidos respiratorios audibles en la auscultación. Monitorización de la frecuencia respiratoria, saturación y capnógrafo. Gasometría.
- C (circulación): frecuencia cardíaca, pulsos centrales / periféricos, temperatura de la piel, tiempo de relleno capilar, tensión arterial y glucemia.
- D (neurológico): apariencia y nivel de consciencia, pupilas, actividad motora y escalas del dolor.
- E (exposición): desvestir al paciente, temperatura de la piel y signos de traumatismo.

La evaluación secundaria se realizará una anamnesis y exploración física detalladas, que nos orientará a un diagnóstico inicial. La evaluación terciaria con el paciente estable, se pueden realizar pruebas complementarias dirigidas a encontrar un diagnóstico etiológico. La reevaluación se realizará de forma frecuente para valorar su evolución y respuesta a los tratamientos indicados.

5 Discusión-Conclusión

La prevención de la parada cardiorrespiratoria es la intervención que más vidas puede salvar.

La parada cardiorrespiratoria en pediatría es una emergencia medica grave que requiere una acción inmediata para salvar la vida del niño.

La capacitación en RCP y el conocimiento de los protocolos de respuesta a la parada cardiorrespiratoria en pediatría son esenciales para responder de manera efectiva en situaciones de emergencia.

En resumen, prevenir una parada cardiorrespiratoria en pediatría implica una combinación de educación, vigilancia, preparación y respuesta rápida. La seguridad de los niños, la capacitación en SVB y la conciencia de los factores de riesgo son fundamentales para mantener a los niños sanos y seguros.

6 Bibliografía

1. Dieckmann RA. Pediatric Assessment. En: Fuchs S, Yamamoto L. American Academy of Pediatrics. En: American College of Emergency Physicians. APLS: The Pediatric Emergency Medicine Resource. 5th Ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning. 2012. p. 16-32.
2. José Luis Fernández Arribas. Protocolos de SEUP. Aproximación y estabilización inicial del niño enfermo o accidentado. Triángulo de evaluación pediátrica. ABCDE.
3. Velasco Zuñiga, R. Triángulo de evaluación pediátrica. *Pediatr Integral*. 2014; 18(5): 320-323.
4. Horeczko T, Enriquez B, McGrath NE, Gausche-Hill M, Lewis RJ. The Pediatric Assessment Triangle: accuracy of its application by nurses in the triage of children. *J Emerg Nurs* 2013; 39: 182-9.
5. López Macías O. Estabilización inicial. Triángulo de evaluación pediátrica (TEP). En: Benito J, Mintegi S. Urgencias Pediátricas. Guía de actuación. 2ª Ed. Madrid: Editorial Panamericana, 2019; p329-335.
6. Asociación Española de Pediatría, www.aeped.es.

Capítulo 59

BRONQUIOLITIS Y BRONCOESPASMO

LUCÍA LÓPEZ GARCÍA

MARTA LÓPEZ GARCÍA

ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO

1 Introducción

La BRONQUIOLITIS es una patología respiratoria frecuente en bebés y niños pequeños. Esta enfermedad afecta principalmente a los bronquiolos periféricos, los cuales se inflaman y se obstruyen debido a un virus, causando dificultad respiratoria.

Es una de las principales causas de hospitalización en niños pequeños, especialmente durante los meses de frío (de noviembre a febrero). A pesar de que el periodo de recuperación es de unos 5 días, la hospitalización anual por bronquiolitis entre niños es bastante elevada.

En el BRONCOESPASMO se produce una contracción anormal del músculo liso que recubre los bronquios, causando un estrechamiento de las vías respiratorias, dificultando así la capacidad respiratoria (entrada y salida del aire).

Los niños con reacciones alérgicas o asma, presentan mayor probabilidad de desarrollar broncoespasmo.

VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (VRS)

La bronquiolitis es causada mayormente por infecciones virales.

El virus respiratorio sincital (VRS) es el virus más frecuente, causando el 70-80% de las bronquiolitis. Seguido por el rinovirus y en menor medida por otros virus como la parainfluenza, el adenovirus o el enterovirus, entre otros.

Este virus se propaga como el virus del resfriado común, a través de los ojos o la nariz, generalmente por contacto con mucosidad, secreción nasal o saliva infectada.

2 Objetivos

Describir los aspectos fundamentales a tener en cuenta en relación con bronquiolitis y el broncoespasmo.

Resaltar la importancia del aislamiento y de la educación sanitaria para evitar posibles contagios.

3 Metodología

Para la ejecución de este capítulo se ha realizado una búsqueda exhaustiva de información en bases de datos bibliográficas como Google Académico, Dialnet, o PubMed. Seleccionando artículos publicados en español o inglés, gratuitos y comprendidos entre los años 2011 y 2023.

4 Resultados

Como resultados de nuestra investigación hemos recopilado los siguientes datos característicos de estas enfermedades respiratorias:

SÍNTOMAS COMUNES

La sintomatología común es la tos y la dificultad respiratoria.

Cuando se ausculta se escuchan unos pitidos que se denominan sibilancias, que en ocasiones se escuchan sin necesidad de utilizar un fonendo.

Además aparecen respiraciones más rápidas, en las cuales hay hundimiento del pecho donde se pueden visualizar las costillas.

Los pacientes pediátricos se encuentran más decaídos y es frecuente que se fatiguen con las tomas y coman menos cantidad.

Además de presentar dolor, tensión y sensación de opresión en el pecho y espalda.

AISLAMIENTO

A los posibles contagiados se les realiza un panel respiratorio (prueba para detectar si hay patógenos en las vías respiratorias), mediante un hisopo nasofaríngeo o aspirado nasal. En este se puede detectar: infecciones virales y bacterianas.

En caso de dar positivo (+) en esta prueba, se instaurarían las medidas de aislamiento pertinentes.

Se aislaría al paciente contagiado en una habitación en cuya puerta se colocaría un cartel con “Aislamiento de contacto y por gotas” y una mesita con batas, guantes, mascarillas y gel hidroalcohólico para ponerse antes de entrar.

Además de comunicar a los propios pacientes y familiares la importancia de un adecuado aislamiento para evitar la propagación de la enfermedad. Siendo esencial la labor educativa dirigida al personal sanitario y a la familia.

TRATAMIENTO

Para tratar estas afecciones respiratorias, se debe evaluar primero la limpieza nasal, el trabajo respiratorio, la presencia de taquipnea, la presencia o no de cianosis, la saturación de oxígeno, la capacidad de alimentación y el estado de hidratación del niño.

Para la desobstrucción nasal, se realizarían lavados nasales y aspiración de secreciones respiratorias.

Para el tratamiento postural, elevaremos el cabecero de la cuna.

Para la nutrición e hidratación, se realizará por sonda nasogástrica por riesgo de aspiración y se administrarán los líquidos por vía intravenosa.

Para la saturación de oxígeno, se pondrán gafas nasales o mascarillas faciales en caso de $\text{SatO}_2 < 92\%$, y se instauraría oxigenoterapia de alto flujo en casos más severos.

Para las medidas higiénicas, recomendar el frecuente lavado de manos o fómites.

Para el tratamiento farmacológico, se suelen prescribir broncodilatadores como el salbutamol.

PREVENCIÓN

- Evitar posibles entornos contagiosos (guarderías, aglomeraciones, parques infantiles, salas de espera de centros sanitarios, habitaciones compartidas).
- Evitar totalmente la exposición al humo de tabaco, tanto durante como después de la gestación.
- Realizar frecuentes lavados de manos para evitar el contagio de los virus respiratorios, especialmente antes de tocar al niño.
- Mantener la lactancia materna el mayor tiempo posible, ya que la lactancia materna es la mejor protección frente a las infecciones respiratorias de vías bajas, incluida la bronquiolitis.
- Limpiar a fondo los juguetes y no utilizar aquellos que hayan sido tocados por contagiados.
- Evitar el contacto con adultos y niños con infecciones respiratorias.

- Limitar el número de visitas y el contacto entre niños, especialmente en aquellos niños más pequeños y prematuros.
- Utilizar material de higiene específico para el niño.
- Recomendar el uso de pañuelos desechables y tirar inmediatamente los usados.

INMUNOPROFILAXIS

La inmunoprofilaxis con palivizumab (anticuerpo monoclonal contra la glicoproteína F del VRS), disminuye el riesgo de hospitalización en prematuros, niños con enfermedad pulmonar crónica y niños con cardiopatía congénita, e incluso en aquellas mujeres embarazadas durante el tercer trimestre, para generar una inmunidad pasiva en el recién nacido.

Se administran 5 dosis, una cada mes desde octubre hasta febrero.

La dosis que se suele administrar es de 15 mg/kg del peso corporal en aquellos niños con riesgo de contagiarse por VRS.

5 Discusión-Conclusión

La bronquiolitis y el broncoespasmo son afecciones respiratorias que pueden causar un mal estar clínico, leve o severo, en pacientes tan sensibles como son los recién nacidos y los niños pequeños. Por ello, es tan esencial conocer este tipo de enfermedades para conocer los síntomas generales para detectar al momento la patología; y poder aplicar correctamente las medidas preventivas con el aislamiento adecuado para evitar la propagación tan común en las épocas frías del año.

En conclusión, es fundamental la labor educativa en hospitales y colegios, tanto para el personal sanitario como familiares, para disminuir los casos de contagios al año.

6 Bibliografía

- 1) C. Salvador García, A. Moreno Docón, J.A. Piñero, S. Alfayate Miguelez, M.A. Iborra Bendicho,(2012) Etiología de bronquiolitis en niños hospitalizados en el sureste de España, Anales de Pediatría, 77(Supl. 6), 386-390. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.09.021>.
- 2) García García ML, Korta Murua J, Callejón Callejón A (2017). Bronquiolitis aguda viral. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf

- 3) Huizen, J. (2021, 22 abril). ¿Qué es un broncoespasmo y qué lo causa? <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/broncoespasmo>
- 4) Junco, M. T. (2021, 11 junio). Broncoespasmos en bebés y niños: todo lo que los padres deben saber. *Bebés y más*.
- 5) Orejón de Luna, G., & Fernández Rodríguez, M.. (2012). Bronquiolitis aguda. *Pediatría Atención Primaria*, 14(Supl. 22), 45-49. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000200006>

Capítulo 60

GESTIÓN Y MANEJO POR ENFERMERÍA DE MEDICAMENTOS

ÁNGEL OROZCO FAJARDO

ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ

AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL

JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO

CAROLINA SOLANA ROMERO

1 Introducción

Dentro de la actividad profesional de enfermería, en el proceso de proteger a un enfermo, toda precaución que se tenga es escasa al momento de asistir y tratar a los enfermos, el especialista enfermero desempeña una gran responsabilidad en el momento de la asistencia, pero es sumamente relevante en el ámbito de la administración de los medicamentos que le sean aplicados para su tratamiento. El profesional enfermero debe estar instruido y en constante formación sobre cuáles pueden ser los eventos adversos o errores que más se producen en la práctica clínica, ya que estos pueden darse en cualquier momento.

En referencia a la profesión de enfermería, la administración de medicamentos es una de las responsabilidades de más envergadura, a la que se enfrenta esta profesión y que con base en unos principios científicos, estos se fundamentan siempre en saber prevenir la seguridad del paciente.

Los errores son parte de la naturaleza humana, en las acciones que realiza, no obstante, estos errores y eventos adversos deben ser más estudiados para lograr una minimización adecuada en cuanto a prevención y evitación, ya que estos incurrir en retrocesos de la recuperación de la salud en los mejores casos y en los peores se halla la posibilidad de grandes y graves repercusiones para el paciente y en cuanto a repercusiones importantes en el contexto económico y social.

2 Objetivos

Conocer los principales eventos adversos en cuanto a la administración de medicación que acontecen a causa de la intervención enfermera.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática mediante la consulta de artículos y publicaciones en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Dialnet y Google Scholar, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Hablaremos sobre como en la exposición y revisión de este estudio, se efectuará una aplicación de datos fundamentales y significativos en todas las responsabilidades que la profesión enfermera asume.

Se sabe que el profesional tendrá más responsabilidad o menos en cuanto al puesto que ocupa, aunque no por ello los errores dejan de suceder.

En el ámbito hospitalario sucederá con más frecuencia que en una consulta, ya que la administración de medicamentos será la función principal del profesional de enfermería. Estos problemas pueden ir desde la no administración, que sería lo más leve, por tanto, hasta llegar a lesiones temporales o permanentes y en los sucesos más graves, la muerte del paciente.

En el proceso de estudio para la creación de este capítulo, se vio, en referencia a los porcentajes que se registraron, que la incidencia de estos errores y eventos adversos era de un 19 % entre todos los registrados.

En un estudio del 1996 realizado por Bates, se halló que el 30 % de los pacientes hospitalizados en algún momento tuvieron y sufrieron consecuencias derivadas y asociadas a estos errores en la administración.

Los motivos de los errores o eventos adversos por los que se suele llegar a ese punto son:

- Equivocación en la prescripción: incorrecto medicamento, inadecuada dosis, vía incorrecta, o inclusive la no administración, equivocación en cuanto a la concentración o la velocidad de la administración.
- Equivocación en la hora de administración.
- Equivocación en el intervalo o en el tiempo.
- Administración de un medicamento que no está prescrito.
- Equivocación en la dosificación que esta sea superior o inferior a la ordenada.
- Formulación del medicamento o fármaco o manipulación indebida.
- Realizar con modo o vía de administración inapropiado.

5 Discusión-Conclusión

Hay que destacar de esta exposición que sería ideal llegar a instaurar y establecer medidas de detección y prevención de los errores y eventos adversos de medicación, ya que están presentes continuamente en la rutina de trabajo diaria de los profesionales de enfermería. Aunque la mayoría de estos eventos adversos, suelen ser leves y no inducen daños en el paciente enfermo, es importante minimizar su incidencia mediante la prevención y la supervisión. En cuanto a los errores más comunes, son los que hacen referencia a vía, dosis, hora, medicamento y enfermo incorrecto.

Los elementos que tienen más influencia para que se produzcan los errores están relacionados con la sobrecarga de trabajo, las interrupciones y/o distracciones y el número inadecuado del profesional de enfermería. Todas aquellas medidas de prevención que puedan ayudar a mejorar estos errores deberían ser implementadas en todo el sistema sanitario para mejorar la calidad asistencial y garantizar la seguridad del enfermo.

6 Bibliografía

1. Martín MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. Med Clin (Barc), 2002.
2. Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. J Gen Intern Med, 1995.
3. Berdot S, Sabatier B, Gillazeau F, Caruba T, Prognon P, Durieux P. Evaluation of drug administration errors in a teaching hospital. BMC Health Services Reseach, 2012 Francia.

Capítulo 61

LOS PACIENTES CON DIETA CETOGENICA Y LA OPINION DE ENFERMERIA

ÁNGEL OROZCO FAJARDO

ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ

AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL

JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO

CAROLINA SOLANA ROMERO

1 Introducción

El cáncer es una de las principales causas de muerte en nuestro país, siendo un gran problema para la salud pública debido a los costosos tratamientos y a los grandes cuidados que necesitan los pacientes que lo padecen.

Las células normales se multiplican cuando el cuerpo las necesita, y terminan muriendo cuando se dañan o ya no son necesitadas por el organismo. Cuando el material genético de una célula cambia, provoca que las células crezcan fuera de control, por lo que se dividen demasiado rápido y no mueren de manera normal. El tratamiento varía según el tipo de cáncer y su estadio. Una de las terapias que está surgiendo como una estrategia alternativa es la dieta cetogénica, sin embargo, las preocupaciones con respecto a su seguridad y adherencia suele ser un factor que puede impedir que los médicos la prescriban. La dieta cetogénica

es un plan bajo en hidratos de carbono y rico en grasas, exponiendo al cuerpo a un estado de cetosis, volviendo al cuerpo aún más eficiente y convirtiendo la grasa en energía.

Las células cancerígenas se nutren principalmente de glucosa, ya que no tienen la misma capacidad de las células sanas de nutrirse a partir de cuerpos cetónicos, por lo que es interesante evaluar como este tipo de dieta puede ser una gran terapia en el tratamiento contra el cáncer para debilitar las células cancerígenas.

2 Objetivos

Evaluar la dieta cetogénica como intervención nutricional en el tratamiento contra el cáncer.

3 Metodología

Para su realización se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos que pretenden investigar los beneficios de la dieta cetogénica como terapia contra el cáncer. Para la búsqueda de dichos artículos se ha establecido un tiempo de 5 años para asegurar una evidencia lo suficientemente actualizada. La base de datos utilizada ha sido Pubmed, respetando los criterios y documentación para dicha base de datos en las que se han utilizado palabras clave o descriptores, que se han combinado con operadores booleanos and y or.

- DeCs: dieta cetogénica y cáncer.

- MeSH: ketogenic diet y cancer.

Para la selección de los artículos científicos se han tenido en cuenta unos criterios de inclusión y exclusión:

1.- Criterios de inclusión:

- Artículos con acceso completo en inglés o español, gratuito o con posibilidad de acceso.

- Artículos que cumplen los criterios de búsqueda establecidos y mencionados anteriormente.

- Estudios cuya muestra sean humanos, independientemente de su edad, raza o sexo.

- Artículos que se encuentren en el periodo establecido de tiempo.

- Artículos que lleven a cabo intervenciones terapéuticas con la dieta cetogénica y no otro tipo de dieta como tratamiento nutricional contra el cáncer.

2.- Criterios de exclusión:

- Aquellos que no estén disponibles a texto completo.

- Aquellos que no se ajusten a los criterios de búsqueda.
- Artículos encontrados en idiomas distintos a los mencionados anteriormente.
- Artículos cuya muestra no son humanos.

4 Resultados

Se encontraron 16 resultados de los cuales tan solo 7 fueron los seleccionados, ya que eran los que se ajustaban a los métodos de inclusión y exclusión.

Todos los estudios alaban que la dieta cetogénica es efectiva en el tratamiento contra el cáncer, siendo antes importante realizar una valoración global del paciente que se va a tratar. No obstante, obtuvieron resultados muy interesantes: Khodabakhshi A y sus colaboradores llegaron a la conclusión de que la combinación de la dieta cetogénica con quimioterapia mejoraba la calidad de vida y el nivel de actividad física en 6 semanas, pero no había diferencias significativas a las 12 semanas de tratamiento en pacientes con cáncer de mama.

La adherencia es muy relevante para conseguir resultados y beneficios a largo plazo cuando se sigue un patrón de dietético, Cohen, C y Voss M obtuvieron resultados muy interesantes al respecto, el seguimiento de este tipo de dieta produjo abandono por parte de algunos sujetos de estudio, ya que les resultaba complicado mantenerla a lo largo del periodo de tiempo establecido a pesar de que aquellos pacientes que consiguieron llevarla a cabo mejoraron su calidad de vida. Martin-McGill, K. J. y sus colaboradores observaron que gracias a la dieta cetogénica los sujetos no solo mejoraban su estado físico, sino que también su salud mental. La dieta cetogénica fue efectiva en la reducción del cáncer en estadio II Y III, mejorando el estado nutricional de los pacientes que se encontraban en estado de cetosis.

Khodabakhshi A, Cohen, C y Voss M observaron que la dieta cetogénica mejoraba varios parámetros analíticos como la resistencia a la insulina, además observaron que los pacientes que seguían la dieta cetogénica mantuvieron su índice de masa magra y disminuyeron su porcentaje graso.

5 Discusión-Conclusión

1. La dieta cetogénica es efectiva en el tratamiento contra el cáncer, ya que los pacientes que siguieron la mencionada dieta mejoraron su calidad de vida, actividad física y mental.
2. La dieta cetogénica redujo tumores en estadio II y III en aquellos sujetos que se encontraban en estado de cetosis.

3. Parámetros como la resistencia a la insulina mejoraron con dicha intervención además de mantener la masa magra y reducir el porcentaje graso, no obstante su adherencia no fue buena por parte de varios sujetos, por lo que esta dieta puede producir cierto rechazo dependiendo de cada situación y persona.
4. A pesar de los buenos resultados obtenidos, se debe seguir investigando sobre la dieta cetogénica y su repercusión en el cáncer para abrir un amplio abanico de tratamientos futuros y asegurar el buen estado nutricional de pacientes con cáncer, ya que la desnutrición es muy común en pacientes con dicha patología.

6 Bibliografía

1. Cohen, C. W., Fontaine, K. R., Arend, R. C., Alvarez, R. D., Leath, C. A., III, Huh, W. K., Bevis, K. S., Kim, K. H., Straughn, J. M., Jr, & Gower, B. A. (2018). A Ketogenic Diet Reduces Central Obesity and Serum Insulin in Women with Ovarian or Endometrial Cancer. *The Journal of nutrition*, 148(8), 1253–1260.
2. Khodabakhshi, A., Akbari, M. E., Mirzaei, H. R., Mehrad-Majd, H., Kalamian, M., & Davoodi, S. H. (2020). Feasibility, Safety, and Beneficial Effects of MCT-Based Ketogenic Diet for Breast Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial Study. *Nutrition and cancer*, 72(4), 627–634.
3. Cohen, C. W., Fontaine, K. R., Arend, R. C., Soleymani, T., & Gower, B. A. (2018). favorable Effects of a Ketogenic Diet on Physical Function, Perceived Energy, and Food Cravings in Women with Ovarian or Endometrial Cancer: A Randomized, Controlled Trial. *Nutrients*, 10(9), 1187.
4. Augustus, E., Granderson, I., & Rocke, K. D. (2021). The Impact of a Ketogenic Dietary Intervention on the Quality of Life of Stage II and III Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial in the Caribbean. *Nutrition and cancer*, 73(9), 1590–1600.
5. Martin-McGill, K. J., Marson, A. G., Tudur Smith, C., Young, B., Mills, S. J., Cherry, M. G., & Jenkinson, M. D. (2020). Ketogenic diets as an adjuvant therapy for glioblastoma (KEATING): a randomized, mixed methods, feasibility study. *Journal of neuro-oncology*, 147(1), 213–22

Capítulo 62

PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO Y LOS CUIDADOS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

ÁNGEL OROZCO FAJARDO

ANA MARÍA VIVAR RODRÍGUEZ

AROA MARÍA ÁLVAREZ BERRAL

JOSE ANTONIO NUÑEZ MORENO

CAROLINA SOLANA ROMERO

1 Introducción

Un tubo torácico es un sistema que se coloca para drenar aire, sangre o líquidos de la cavidad pleural. Además de usarse para drenaje, también se puede usar para administrar medicamentos. Las condiciones que se pueden tratar con drenaje torácico son:

Neumotórax: puede ser causado por muchas cosas diferentes, como un traumatismo pulmonar o una cirugía. Esto ocurre cuando el aire de los pulmones atraviesa la pleura visceral hacia la cavidad pleural, provocando un cambio en la presión intrapleural de negativa a positiva, lo que reduce el efecto de succión que ejerce la cavidad pleural sobre el tejido pulmonar. Cuando esto sucede, el pulmón puede colapsarse total o parcialmente. En un motor abierto, el aire exterior entra por el tórax y la pleura. Neumotórax por compresión: más grave que

el neumotórax. Ocurre cuando hay una fuga de aire hacia la cavidad pleural, lo que provoca retención de aire, aumenta el volumen de aire y crea una desalinación del mediastino, el mediastino y el corazón debido a la presión generada, comprimiendo otras estructuras y migrando hacia el espacio pleural, el área no afectada.

. La desviación puede ser tan grave que incluso una parte del pulmón libre colapsa y comprime el corazón, limitando el movimiento del corazón y poniendo en peligro la vida del paciente.

- Hemotórax: En el hemotórax se acumula sangre en la cavidad pleural, y en el hemotórax se acumula aire y sangre. Ambos tienen el mismo resultado de aumento de la presión intrapleural y atelectasia parcial o completa.

Neumonectomía - lobectomía: extirpación de parte o la totalidad del parénquima pulmonar. En la neumonectomía se recomienda el uso de un tubo de drenaje para eliminar el exceso de líquido en el postoperatorio.

La doble función del sistema de drenaje es vaciar la cavidad torácica y mantener una presión constante en el espacio de drenaje, evitando el desplazamiento del mediastino.

2 Objetivos

Establecer la atención de Enfermería al paciente con drenaje torácico y sus funciones ante tal dolencia en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicas como:

Medline, Pubmed y Cuiden, así como en el buscador Google Académico. Para la búsqueda, se han utilizado palabras clave como: enfermería, drenaje torácico, cuidados, atención de enfermería, neumotórax, sistema de drenaje.

Para la búsqueda, se utilizaron diferentes criterios de inclusión, dentro de los que se encuentran:

- Publicaciones a texto completo.
- Publicaciones de acceso gratuito.
- Publicaciones en inglés y español.
- Publicaciones previamente revisadas.

De los numerosos resultados obtenidos, finalmente se llevan a revisión ocho por su gran contenido, relevancia de publicación y por ajustarse al objetivo propuesto para esta revisión bibliográfica.

4 Resultados

Para prestar atención al paciente por parte de la atención médica adecuada con una dolencia de cateterismo torácico, la enfermera debe tener en cuenta:

1. Evaluación del paciente:

Se deberán examinar con frecuencia los indicios vitales, tales como la presión arterial, la temperatura, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria. Vigila el color de la piel y las mucosas.

Estar atento a signos de sudoración o reducción del flujo sanguíneo. Cuidado con las náuseas. También a la ansiedad y la inquietud. Se debe realizar una evaluación de síntomas tales como dolor en el pecho, fiebre, dificultad para respirar y espasmos musculares.

2. Cuidado diario:

- Higiene del paciente: De la misma manera que en el caso de los encamados, se realiza entre enfermeros, auxiliares y cuidadores especializados. Es imperativo tener un cuidado especial en la evitada la desactivación o realización de los tubos. Cambiar el vendaje todos los días. Para ello, hay que usar guantes estériles y lavar muy bien el área de inserción con solución salina y antiséptica. También debe usarse para verificar si existe hinchazón, edema, secreción o grietas. La herida quirúrgica debe protegerse con un apósito quirúrgico. Verifique el nivel de la habitación todos los días. En caso de que necesite reinstalar la cámara de succión, proceda a cerrar la pieza, volver a llenarla y luego proceda a abrirla nuevamente. Se mide y registra la cantidad de líquido que se vierte diariamente en el sistema de drenaje. Se requiere que el paciente registre la trayectoria de su paciente en relación con la cantidad y el patrón de las secreciones, la presencia o ausencia de burbujas de aire y el cambio en su estructura.

Se recomienda que se adopte una dieta consistente en fibra, incrementando la ingesta de líquidos y se utilicen laxantes para prevenir el estreñimiento y mantener la función intestinal.

Se requiere la elevación del paciente sobre la silla con la mayor celeridad posible con el fin de preservar su movilidad y prevenir posibles complicaciones.

No se debe interrumpir el tubo mientras transfiere al paciente a otro lugar. El bloqueo del drenaje se limita a: Reemplazar el limitador de fugas de gas.

Es necesario que se verifique si la manguera se encuentra sujeta a un grado de doblar o aún se encuentra apretada.

Si el tubo se aleja del sitio de inserción, cubra el sitio de inserción con vaselina inmediatamente. Mantenga siempre el tubo de conexión libre de líquido para evitar la pérdida de potencia de succión.

Se debe Consultar los drenajes en busca de residuos de sangre y el personal de enfermería debe eliminarlos.

Es imperativo que el exudado se encuentre en una posición vertical y se desciende por el tórax del paciente, a fin de controlar la vibración de la almohadilla de agua. No hay líquido en la cámara de recolección y no hay vibraciones que indiquen bloqueo. Compruebe la cantidad de extracto. Si el sangrado supera los 150 ml por hora, consulte a un médico.

Se debe recomendar a los pacientes que realicen ejercicios de fisioterapia respiratoria adecuados para evitar complicaciones adicionales.

- Se proporcionará un registro completo de su tubo torácico, abarcando tanto el color, la forma y el volumen de descarga del mismo. Se deberá evaluar el dolor del paciente y prescribir analgésicos en caso de que sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que el drenaje torácico es un sistema comúnmente utilizado en entornos de atención médica. Este sistema se puede insertar en casos como neumotórax, neumotórax a presión, hemotórax y lobectomía. Los cuidados de enfermería a los pacientes con drenajes torácicos no solo deben programarse, sino adaptarse a las necesidades de cada paciente.

Es fundamental que las enfermeras estén adecuadamente formadas en este sentido y cualificadas para prestar la atención adecuada. A su vez, el enfermero debe reconocer los riesgos potenciales del uso de este sistema, saber identificarlos de inmediato y tomar las medidas necesarias para evitar el agravamiento de las complicaciones.

6 Bibliografía

1. López, J. M. G., Ortolá, C. F., Simarro, J. V. C., Bernia, A. S., & Martín, D. P. (2010). Drenajes torácicos: conceptos y cuidados de enfermería. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, (90), 16-24.
2. Avilés Serrano, M., García Díaz, M., Jiménez García, E., Latorre Marco, A., Martínez Álvarez, A., Pellús Pardines, A., & Ramos Vázquez, R. (2007). Drenaje torácico. *Rev. Rol enferm*, 442-448.
3. Vaz Rodríguez, J. A., & Díaz Estrella, A. (2016). Cuidados enfermeros al paciente portador de drenaje torácico. *Metas enferm*, 71-76.
4. Sánchez, A. C., Sánchez, A. G., Fenoll, J. M. G., Irigoyen, M. J. H., & Martinez,

L. T. (2021). Drenajes Torácicos: cuidados de Enfermería. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, (130), 78-80.

Capítulo 63

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA RETENCIÓN AGUDA DE ORINA

MARIA ESTER SANCHEZ ROMER

MARIA E. AGUILAR RICO

AZUCENA DEL OLMO MARTINEZ

ANA ISABEL CANTOS APARICIO

MIRIAM SORIA GIL

1 Introducción

Se conoce como retención aguda de orina (RAO) al cuadro clínico que se caracteriza por la incapacidad de vaciar de manera voluntaria el contenido vesical a pesar de tener la vejiga llena.

Hay que distinguir este cuadro de la anuria, que es cuando existe una diuresis menor de 50 ml/24 h.

Este cuadro aparece de forma repentina acompañado de intenso dolor en hipogastrio, necesidad urgente de orinar e incapacidad para orinar, presencia de globo vesical, etc.

Se estima que en 5 años, el 10% de hombres de 70 años y el 33% de 80 años tendrán un episodio de RAO. Alrededor del 30% de RAO aparecen por causas como estreñimiento, cáncer de próstata, prostatitis, lesiones medulares, estenosis uretral, postoperatorio, infecciones urinarias, ingesta excesiva de alcohol, urolitiasis,

secundaria a coágulos, fármacos, etc., aunque en la mayoría no se identifica la causa y se asocia comúnmente a hiperplasia benigna de próstata (HBP).

La retención aguda de orina es la urgencia urológica más frecuente a nivel hospitalario y la segunda en Atención Primaria por detrás de las infecciones urinarias, teniendo su mayor incidencia en varones mayores de 60 años.

El tratamiento inmediato ante una retención aguda de orina es el sondaje vesical para descomprimir por completo la vejiga urinaria.

2 Objetivos

1. Identificar a los pacientes con retención aguda de orina (RAO).
2. Realizar la descompresión de la vejiga para aliviar los síntomas.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, hemos llevado a cabo una investigación metódica que ha consistido en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente, así como una búsqueda sistemática en artículos y libros especializados en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El tratamiento a realizar ante una retención aguda de orina (RAO) es el vaciamiento de la vejiga que puede hacerse mediante sondaje vesical o punción suprapúbica, este último requiere de personal más cualificado para llevar a cabo esta técnica (personal facultativo especialista en urología).

Para el sondaje vesical primero prepararemos el material necesario:

- Empapador.
- Esponja jabonosa.
- Suero fisiológico.
- Solución antiséptica.
- Guantes desechables y guantes estériles.
- Paños estériles.
- Sonda vesical (Foley / Tiemann).
- Lubricante urológico anestésico.
- Agua bidestilada estéril (10 ml).

- Bolsa colectora.
- Pinzas tipo Kocher de plástico.

Procedimiento:

1. Informar al paciente de la técnica a realizar.
2. Preservar su intimidad.
3. Colocar al paciente en decúbito supino con las piernas estiradas.
4. Lavado de manos y ponerse guantes desechables.
5. Aseo de la zona genital con esponja, suero fisiológico y aplicar antiséptico.
6. Colocar paño estéril y material necesario.
7. Colocar guantes estériles, mascarilla, gorro y bata estéril y lubricar la punta de la sonda.
8. Introducir la sonda suavemente.
9. Conectar la bolsa cuando comience a salir orina y sujetar la misma para evitar tirones.
10. Cargar la jeringa con agua destilada y llenar el globo de la sonda (tantos mililitros como se indique).

Una vez colocada la sonda debemos vigilar la cantidad de orina que sale y pinzar cada 300-400 ml durante 15 minutos para evitar hipotensión o hematuria ex vacuo.

Logrado el vaciado de la vejiga y en el momento del alta a domicilio del paciente, sustituir la bolsa colectora por un tapón y explicar la colocación y retirada de este de la manera más aséptica posible para evitar posibles infecciones urinarias. Al tratarse de un procedimiento invasivo, las posibles complicaciones que pueden presentarse son la infección del tracto urinario (ITU) el traumatismo uretral y el falso trayecto.

5 Discusión-Conclusión

El cateterismo urinario o sondaje vesical es uno de los procedimientos más comunes para paliar la retención aguda de orina (RAO) llevada a cabo por personal cualificado y entrenado de enfermería.

Un diagnóstico precoz y una rápida actuación de enfermería consigue la mejoría o desaparición de la sintomatología producida por la retención aguda de orina, en la mayoría de los casos.

En la mayoría de los casos, tras el sondaje vesical, si la orina es clara y no hay ningún otro problema, el paciente se irá a su domicilio con un sondaje vesical, que llevará puesto durante unos días. El paciente recibirá una serie de instrucciones sobre el manejo de la sonda y el vaciamiento de la bolsa, haciendo hincapié en el

mantenimiento de una técnica lo más aséptica posible para reducir el riesgo de infección.

Daremos al paciente un tapón para la sonda e indicaremos como retirarlo para eliminar el contenido en el váter cada 2/3 horas.

Transcurrido el tiempo indicado por el médico, el paciente acudirá a un centro médico para la retirada de la sonda vesical y también al servicio de urología para valorar las causas de la retención si así se considera necesario.

Existen algunas complicaciones que pueden aparecer después de un sondaje vesical, como por ejemplo la aparición de coágulos o hematuria, en este caso el médico será el que indicará el tratamiento a realizar: lavados vesicales o valoración por urología.

6 Bibliografía

1. Parrilla Ruiz FM, Aguilar Cruz I, Cárdenas Cruz D, Cárdenas Cruz A. Manejo urgente de la retención aguda de orina en hombres. Atención Primaria. Noviembre 2013; 45(9): 498-500.
2. Mara Sampere, Manuel. Fistera.com. Atención Primaria en la red. Disponible en: <http://www.fistera.com/guias-clínicas/retención-urinaria-aguda>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 64

LA ENFERMERA Y SU TRABAJO EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA.

ELISA ARANDA FUENTES

ALBA PINTADO DIAZ-BENITO

ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ

MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO

VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO

1 Introducción

Los pacientes más pequeños de edad que tienen que ser hospitalizados, son ingresados en la unidad de pediatría. En la planta de pediatría pueden ingresar niños desde meses o días hasta los catorce años de edad, dándose el caso, en algunos centros hospitalarios que la edad la tienen estipulada hasta los dieciséis años. La planta está conformada por habitaciones que se dedican a los bebés, habitaciones que albergan a los niños desde un año hasta los seis años y las habitaciones asignadas a los niños de seis años hasta los trece años de edad.

Además, la planta se compone de las salas de los médicos especialistas o pediatras, donde realizan las sesiones clínicas y desde donde llevan la atención de todos los pacientes ingresados; la sala de curas y enfermería, donde se realizan, desde curas, colocación de vías intravenosas, aerosoles, etc., y la sala para la lactancia de los bebés y la sala de nidos, donde están las cunas nido y las incubadoras.

El personal de la planta se divide según las habitaciones, en grupos formados por la enfermera y el auxiliar de enfermería, en las diferentes partes, un grupo para nidos, un grupo para las habitaciones de los pequeños y un grupo para las habitaciones de los niños mayores.

El trabajo de la enfermera estará condicionado por la zona donde desarrolla su labor diaria, por turnos de trabajo, turno diurno, turno vespertino y turno nocturno.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones de la enfermera en la unidad de pediatría.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 actividad de la planta de pediatría alcanza su mayor cenit por la mañana, en el turno diurno. A continuación se enumerarán las funciones y la labor de la enfermera en el turno diurno en cada una de las zonas de la planta de pediatría. -Labores realizadas en la sala de cunas, nido, cucos e incubadoras. En esta zona, provista de todos estos materiales para albergar a los bebés, la enfermera, se encarga del control y observación de los mismos, en cada una de las mismas. No solo es la observación y control de los bebés en sí y de sus constantes, sino también, que cada camita, esté a la temperatura idónea que debe estar. En el turno de dar los biberones a los bebés, la enfermera ha sido la encargada de la preparación de cada una de las leches recomendadas por el pediatra según las circunstancias de cada paciente, y el auxiliar de enfermería de dárselos a los bebés. Cuando la sala está con muchos pacientes, la enfermera, colabora, asimismo, en la toma de los biberones. Esta operación por la mañana se repite de tres a cuatro veces. En los casos en que las madres estén dando la lactancia materna, el bebé es

llevado, por la enfermera, a la sala de lactancia, siendo la encargada de enseñar a la nueva mamá, la forma de dar el pecho, y la colocación del bebé.

-Labores realizadas en la sala de curas y enfermería. En esta sala se aíslan a aquellos niños que necesitan la colocación de una vía intravenosa, para que el resto de los pacientes, se aíslen del mismo modo de gritos y llantos. La enfermera es la encargada de pinchar al niño con el fin de colocar la vía de tres pasos en la vena, para la administración de medicación. En estos casos, la enfermera, cuenta con la colaboración del celador de la planta.

Otra de las labores realizadas en la sala de curas, es la de realizar y limpiar las incisiones producidas en las intervenciones quirúrgicas que han sufrido algunos de los pacientes. La enfermera retira los apósitos sucios, limpia la herida y coloca otros apósitos, desinfectando anteriormente con Betadine la zona a tratar.

-La atención de los pacientes ingresados. La enfermera visita cada habitación de los niños pequeños y más grandes ingresados, cambiándoles el suero, tomando alguna constante, tomando la temperatura, etc., por protocolo de planta, además de las visitas que realiza ante la llamada al control de enfermería en cualquier momento. Todos estos datos obtenidos, la enfermera, así como la evolución de los pacientes, la enfermera los pasa informáticamente a la hoja clínica de planta.

5 Discusión-Conclusión

Después del desarrollo del capítulo se puede afirmar que la enfermera destinada en la planta de pediatría realiza un trabajo muy especializado y amable con los pacientes ingresados en la misma. Esta especialización, sin embargo, no existe en la categorización de la enfermera como personal sanitario, y debería, de instaurarse la misma, porque no todas las enfermeras, tienen la capacidad y las actitudes para trabajar con niños.

Una cualidad que resalta en la enfermera de planta es la paciencia como se demuestra en la colocación de la vía intravenosa a este tipo de paciente, se trata de agujas grandes para venas tan pequeñas y su colocación es sumamente delicada.

6 Bibliografía

1. Funciones de la enfermería pediátrica. Disponible en: <https://ifses.es>.
2. Situación actual y retos de la enfermería pediátrica. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org>.
3. Pediatría y sus áreas específicas. Disponible en: <https://www.mschs.gob.es>.

Capítulo 65

FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

ELISA ARANDA FUENTES

ALBA PINTADO DIAZ-BENITO

ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ

MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO

VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO

1 Introducción

El servicio de cirugía ortopédica y traumatología del hospital está integrada por la unidad hospitalaria, la unidad de consultas y la unidad de quirófano. Esta unidad hospitalaria se encarga del internamiento de los enfermos que se van a someter a una intervención traumatológica y los cuidados que necesitan después de dicha intervención.

En la unidad de cirugía ortopédica y traumatología los pacientes son atendidos en la fase del preoperatorio de los mismos, aplicando el procedimiento correcto para que llegue a quirófano según el protocolo de la unidad, así como después de la misma, en el postoperatorio.

La unidad de cirugía ortopédica y traumatología es una de las unidades más especializadas que existen en el centro hospitalario, y donde la actividad asistencial al

enfermo, desde su ingreso, hasta su alta hospitalaria, es continúa en los cuidados y atención integral que reciben.

Dentro de esta atención existen las pruebas complementarias y diagnósticas a los pacientes, algunas de las cuales se realizan a todos los intervenidos de traumatología, como son las placas radiológicas, para comprobar el estado de su intervención, colocación de prótesis, colocación de placas metálicas, etc.

En la unidad realiza su trabajo la enfermera, cuyas funciones se expondrán en este capítulo.

2 Objetivos

- Explicar qué es la unidad de cirugía ortopédica y traumatología. .
- Describir las tareas y labores que realiza la enfermera en la unidad de cirugía ortopédica y traumatológica.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda de información exhaustiva en diferentes buscadores, como por ejemplo PubMed, Medline, Google académico, Dialnet, revistas científicas, libros y capítulos científico-sanitarios, con el fin de obtener la mayor información y veracidad de los resultados expuestos en dicho trabajo.

4 Resultados

La enfermera está presente en el ingreso hospitalario del paciente, junto con el auxiliar de enfermería, proporcionándole los utensilios y materiales de aseo, como toallas, esponjas, e indicándole cómo funcionan los accesorios de la habitación.

La enfermera informa al paciente por el motivo que está ingresado, así como, señalando el tipo de operación al que va a ser intervenido. En la hoja de ingresos de planta, la enfermera, anota, los datos de filiación del paciente en la habitación que ocupa.

Las intervenciones quirúrgicas se realizan a primera hora de la mañana, y la enfermera, pasa por cada habitación para canalizar la vía intravenosa al paciente, ya que todos los pacientes que acuden al quirófano deben ir provistos de la vía, para la administración de medicación o de la anestesia.

Así mismo, deja la carpeta de planta del paciente en la cama, junto a los documentos de quirófano, la aceptación de ser intervenido, la hoja de alérgicos y otras.

Cuando el celador regresa con el paciente, después de la intervención, este avisa al personal sanitario de su llegada, en concreto a la enfermera que se encarga del cuidado del paciente.

La enfermera, en los cuidados postquirúrgicos, la primera labor que realiza es la observación de la incisión, del estado de los puntos de sutura y del color de la piel de alrededor, que son síntomas de que no se produce una infección.

La enfermera emite los volantes de las pruebas complementarias de radiología, para que el traumatólogo observe la correcta colocación del injerto o metal de la intervención quirúrgica.

Los pacientes intervenidos de cirugía general necesitan la cura diaria de la incisión producida en la intervención, lo cual es una labor de la enfermera que, en su turno, pasa por las habitaciones de los pacientes de cirugía para realizar las curas pertinentes, así, como la retirada de los puntos de sutura, siguiendo las indicaciones de los especialistas.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se hace patente la confirmación de que las funciones que realiza la enfermera en esta unidad son muy importantes en su contribución para la recuperación del paciente intervenido. La atención integral y cuidados de las incisiones de la cirugía, así como, evitar que se infecten, es una labor, que la enfermera desempeña con toda profesionalidad y responsabilidad. También se pone de manifiesto las muchas y diversas funciones que la enfermera desarrolla en la unidad, tanto en los cuidados del paciente antes de pasar a quirófano y cuando regresan del mismo, cuyos cuidados y administración de los medicamentos prescritos por los especialistas, contribuye a una recuperación temprana.

6 Bibliografía

1. Funciones de la enfermera en una planta de hospitalización. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigación.com>.
2. La enfermera en el centro hospitalario. Disponible en: <https://www.auxiliar-enfermeria.com>.

3. Unidad de cirugía ortopédica y traumatología. Disponible en: <https://hospitaluniversitariodetoledo.es>.

Capítulo 66

LA LABOR DE LA ENFERMERA EN EL TRIAJE DE URGENCIAS

ELISA ARANDA FUENTES

ALBA PINTADO DIAZ-BENITO

ESTEFANIA DE LA TORRE JIMENEZ

MARÍA VICTORIA ROMERO LIRIO

VICENTE JAVIER MAZARRO BERMEJO

1 Introducción

En el proceso asistencial del paciente que acude al servicio de urgencias hospitalarias se producen una serie de acciones, que se inician, con la entrada al servicio por diferentes medios de transporte, puede acudir en auto propio, en el servicio de ambulancias, etc. Seguidamente está la recepción del celador de puerta que le pasa al servicio de admisión donde un administrativo toma sus datos identificativos de filiación y sanitarios, con la correspondiente inscripción en el sistema del servicio, momento en el que se convierte en receptor de la atención médico y de las pruebas diagnósticas precisas para una atención integral de su dolencia. Una vez dentro del sistema el paciente pasa a la sala de triaje, desde donde puede ser derivado a las diferentes y convenientes áreas en las que será atendido. De su evolución y estado en estas áreas, dependerá la realización de su ingreso en alguna de las unidades del hospital o se resolverá con la situación del alta de urgencias.

En todo este procedimiento intervienen los profesionales destinados en el servicio de urgencias, presentes todos en las distintas áreas que lo componen, en los boxes, en las especialidades médicas, en las urgencias pediátricas, en observación, en el box vital; a excepción del triaje, donde en la sala se encuentra sola la enfermera de triaje, principal protagonista de este trabajo.

2 Objetivos

- Explicar las fases del proceso asistencial del paciente en el servicio de urgencias.
- Conocer las funciones desarrolladas por la enfermera en el triaje del servicio de urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

El término triaje hace referencia a triar, clasificar, de hecho la sala de triaje, también, recibe el sobrenombre de sala de clasificación. Es el objetivo general de la enfermera de triaje, clasificar y derivar a los pacientes, siguiendo los síntomas que cuentan y según su propio criterio.

Esta es la función principal de la enfermera de triaje. Pero para llegar a esta clasificación, existen unas funciones previas. Entre estas, es la llamada que realiza a la sala de espera de pacientes para su entrada a triaje. La enfermera no realiza este turno de entrada por el tiempo de llegada, sino por la patología que presenta el paciente.

La enfermera escucha la información subjetiva que le proporciona el paciente, le explica donde le duele y que síntomas tiene, dolor de abdomen, mareos, dolor en el pecho, etc., pero ella tiene también la información objetiva que según su criterio observa en el mismo. Estos datos subjetivos y objetivos, serán los que determinen a qué zona, la enfermera derivará al paciente.

La enfermera en el triaje, siempre toma las constantes vitales del paciente, le coloca el pulsímetro para conocer la oxigenación de la sangre. También le pone el tensiómetro para los datos de la tensión arterial y en caso de síntomas de sospecha de dolores pre cardíacos, le realiza un electrocardiograma.

Todos estos datos la enfermera los pasa a la ficha clínica informatizada del paciente, además de anotarlos, vía manual, en la carpeta que se le ha entregado en admisión de urgencias. En la carpeta del paciente, la enfermera de triaje, según los síntomas y los datos de las constantes, puede sugerir la realización de pruebas complementarias y diagnósticas, imprimiendo el correspondiente volante o petición para pruebas radiológicas o de cualquier otra especialidad.

Cuando la enfermera realiza un electrocardiograma en triaje al paciente, porque presenta síntomas de dolor pre cardíaco y la lectura del mismo es irregular, la enfermera llama para activar el box vital, trasladando ella misma al paciente, si la situación es muy urgente.

La enfermera de triaje siempre cuenta con la colaboración del celador de puerta del servicio de urgencias, cuya presencia dentro de la sala de clasificación, puede requerirla en cualquier momento.

5 Discusión-Conclusión

Como reflexión del capítulo puede afirmarse que el trabajo de la enfermera en la sala de triaje tiene una carga asistencial enorme. El volumen de pacientes atendidos, tanto a pie, como en silla o camilla, es abrumador, teniendo en cuenta que a todo paciente hay que tomarle las constantes vitales, y a muchos de ellos, la realización de un electrocardiograma. A esta situación que continuamente se le presenta a la enfermera, se añade, la entrada de los pacientes críticos que vienen en la uvi móvil, que deben de ser atendidos inmediatamente.

La enfermera desarrolla un trabajo con mucha responsabilidad y profesionalidad, ya que los datos de triaje que anota en la carpeta del paciente, serán el indicativo para que el médico de urgencias, inicie la atención y diagnóstico del paciente.

6 Bibliografía

1. Enfermería de urgencias. Disponible en: <https://www.generalasdeformacion.com>.
2. La función de la enfermera en el proceso de triaje. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

3. El servicio de urgencias hospitalarias. Disponible en:
<https://revistadeinvestigación.com>.

Capítulo 67

EFECTO DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL MEDIO ACUÁTICO EN EMBARAZADAS

LUCÍA LÓPEZ GARCÍA

MARTA LÓPEZ GARCÍA

ALEJANDRA RAMÍREZ COLLADO

1 Introducción

Durante el embarazo se dan una serie de alteraciones y cambios fisiológicos y psicosociales que pueden alterar la calidad de vida de una mujer, incrementando el riesgo de padecer algunas enfermedades como son la preeclampsia y la diabetes gestacional. El ejercicio en el medio acuático podría ser una recomendación idónea para este nuevo ciclo por sus múltiples beneficios sobre el aparato muscular, óseo, cardiovascular, termorregulador, e incluso metabólico; además de incrementar los hábitos saludables de aquellas mujeres sedentarias.

En la actualidad la relación ejercicio físico-embarazo se ha ido desarrollando y adoptándose con el tiempo, existiendo guías adecuadas para la prescripción de ejercicio físico en la mujer gestante, asegurando los máximos beneficios y mínimos riesgos.

En el agua, las gestantes, gracias a la flotación, inmersión y presión hidrostática que proporciona el medio acuático para moverse y realizar ejercicios, alcanzan un mayor estado de relajación, imprescindible para afrontar el estrés y la ansiedad al que son sometidas por los cambios que se producen durante el embarazo.

La flotación permite mayor movilidad con fluidez a pesar de la ganancia de peso, evitando el impacto en los ejercicios realizados. La inmersión favorece el equilibrio, la coordinación, la percepción corporal y la propiocepción, proporcionando una mayor seguridad y confianza para realizar ejercicios físicos. La presión hidrostática mejora la circulación de retorno venoso y linfático, aliviando y disminuyendo la pesadez e hinchazón de las piernas.

Los ejercicios en el medio acuático además, ayudan a mejorar la tonicidad de los músculos, esencialmente de la musculatura pélvica, la cual se somete a gran distensión durante el parto.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es recopilar la máxima información científica relacionada con esta relación y valorar el impacto que produce el ejercicio físico acuático como tratamiento en las embarazadas para prevenir posibles complicaciones y llevar una adecuada calidad de vida.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva de diferentes estudios para la realización de este capítulo. Investigando en las base de datos de Pubmed y Scielo , con los términos de búsqueda: “Effect AND Aquatic physical exercise AND Pregnancy”. Seleccionando aquellos artículos publicados en español o inglés y con fecha de edición entre 2010 y 2023.

4 Resultados

Durante la vida intrauterina y posnatal se produce un rápido desarrollo de los órganos, y la realización de ejercicio físico durante este período puede ser clave en el crecimiento del feto y en el bienestar de la madre. La literatura existente sugiere que la actividad física durante el embarazo favorece la percepción de las mujeres sobre su calidad de vida relacionada con la salud, siendo el análogo de su salud física.

En nuestro capítulo, partiendo de una muestra de mujeres embarazadas de entre la 14 y 20 semana gestacional de edad, las cuales se dividieron en grupo intervención (clases de aeróbic acuático) y grupo control. Se comprueba que la realización de actividad física moderada en el agua supervisada produce un efecto positivo

en cuánto a la evaluación de la calidad del sueño, calidad de vida y presencia de síntomas de depresión y ansiedad en la mujer reproductiva durante el embarazo. Mientras que aquellos estudios donde se realizaba actividad física moderada en el agua sin supervisión, los beneficios no fueron tan significativos. Por lo que sería recomendable que el ejercicio físico acuático fuera supervisado por un fisioterapeuta, para aportar además una mayor seguridad a las gestantes.

Siendo la percepción de dolor (esencialmente lumbar), ansiedad y depresión menor en aquellas embarazadas que habían realizado ejercicio acuático en comparación con las que no participaron.

Al igual que se vio una mejora en el estado del perineo postparto en aquellas mujeres que realizaron ejercicios activos acuáticos.

Hay otros muchos otros aspectos que necesitan mayor investigación para llegar a conclusiones firmes, como son la disminución del tiempo de parto, el uso de analgesia epidural durante el parto, la mejora de la homeostasis de sodio, el control glucémico o los resultados perinatales de la diabetes gestacional.

5 Discusión-Conclusión

Tras la búsqueda exhaustiva de información para la realización de este capítulo, se ha comprobado que el efecto del ejercicio físico acuático durante el embarazo es positivo. Viendo una mejoría considerable en la calidad de vida de aquellas mujeres embarazadas al realizar ejercicio físico acuático.

Además, el efecto fue más significativo en aquellas que realizaron el ejercicio supervisado, por lo que, ante la carencia del control de los ejercicios, el efecto fue menos significativo.

Por este motivo, el ejercicio físico en medio acuático supervisado, se considera una actividad aeróbica completa, que proporciona enormes beneficios tanto a la madre como al futuro bebé durante el embarazo.

6 Bibliografía

- 1) Rodríguez-Blanco, R., Sánchez-García, J. C., Sánchez-López, A. M., Expósito-Ruiz, M., & Aguilar-Cordero, M. J. (2019). Randomized Clinical Trial of an Aquatic Physical Exercise Program During Pregnancy. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 48(3), 321–331. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.02.003>
- 2) Carrascosa, M. D. C., Navas, A., Artigues, C., Ortas, S., Portells, E., Soler, A., Bennasar-Veny, M., Leiva, A., & Aquanatal Trial (2021). Effect of aerobic wa-

ter exercise during pregnancy on epidural use and pain: A multi-centre, randomised, controlled trial. *Midwifery*, 103, 103105. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103105>

3) Vallim, AL, Osis, MJ, Cecatti, JG et al. Ejercicios acuáticos y calidad de vida durante el embarazo. *Reprod Salud* 8 , 14 (2011). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-14>

4) Rodriguez-Blanke, R., Sánchez-García, J. C., Sánchez-López, A. M., Mur-Villar, N., & Aguilar-Cordero, M. J. (2018). The influence of physical activity in water on sleep quality in pregnant women: A randomised trial. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 31(1), e51–e58. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.018>

Capítulo 68

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA ADRENALINA AUTOINYECTABLE

GUILLERMO GARCÍA AGUILAR

TERESA MARIA VAZQUEZ CATALAN

CARMEN GARCIA RODRIGUEZ

SARA ESCOBAR MARTÍNEZ

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

La anafilaxia se define como una reacción alérgica y se considera bastante grave y, a menudo, potencialmente mortal. Esta reacción alérgica afecta a todo el organismo, y los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos del contacto con los componentes alérgicos, es decir, tiene una rápida evolución de los síntomas que muchas veces se manifiestan en diferentes órganos o sistemas.

Esta reacción alérgica puede provocar un shock anafiláctico si existen problemas cardiovasculares graves. Los fármacos utilizados para el problema de las reacciones alérgicas son principalmente la epinefrina, ya que por su efecto farmacológico ayuda a aumentar la resistencia vascular periférica y la presión arterial, promueve el aumento de la contracción del corazón y la broncodilatación, además de inhibir el proceso de liberación de mediadores inflamatorios.

Cualquier paciente que tenga cualquiera de estas reacciones alérgicas debe tener consigo un autoinyector de epinefrina para la administración intramuscular. Ten-

erlo a mano es una herramienta muy importante, aunque debe estar listo para usarlo en caso de emergencia. El tratamiento para la anafilaxia debe ser recetado por un proveedor de atención médica que comprenda las alergias del paciente, como en algunos casos para personas con enfermedades cardíacas, hipertiroidismo, diabetes, presión arterial alta o embarazo.

2 Objetivos

- Dar a conocer los principales factores de riesgo que pueden producir una reacción anafiláctica.
- Enumerar los síntomas de una reacción anafiláctica.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha llevado a cabo una investigación caracterizada en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Búsqueda sistemática de libros y artículos científicos procedentes de publicaciones académicas de gran prestigio como son Pubmed o Scielo.

4 Resultados

Los pacientes que padecen esta patología normalmente son adultos, ya que son más susceptibles y experimentan este tipo de reacciones alérgicas en comparación con los niños. Los principales fármacos que provocan reacciones alérgicas son:

- Medicamentos: Algunos de los medicamentos que más comúnmente causan reacciones alérgicas son los antibióticos betalactámicos, tetraciclinas, cloranfenicol, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), sulfonamidas. Además, cabe mencionar las vacunas hipoalergénicas, que pueden provocar reacciones alérgicas, muchas veces por errores de administración o dosificación.
- Alimentos: Los alimentos son la principal causa de reacciones alérgicas en niños y la segunda causa en adultos. Los alimentos principales suelen ser: la leche y sus derivados, los huevos, el pescado, los mariscos, los frutos secos como el maní, los cereales, las legumbres y hortalizas, la fruta y el chocolate.
- Venenos de himenópteros: principalmente abejas y avispas.

La anafilaxia puede ocurrir si se cumplen ciertos criterios, que incluyen:

- Inicio agudo de síndromes que afectan a la piel o las mucosas, el prurito generalizado, estos datos sugieren reacciones graves y sistémicas, eritema, la aparición de urticaria generalizada acompañada de al menos uno de los siguientes síntomas: síntomas respiratorios y presión arterial baja conocida o síntomas asociados con disfunción orgánica.
- Dos o más de los siguientes síntomas aparecen rápidamente tras la exposición a un potencial alérgeno: afectación de la piel o de las mucosas, síntomas respiratorios, descenso de la tensión arterial o disfunción orgánica, síntomas gastrointestinales como cólicos y vómitos.
- Hipotensión tisular o hipoperfusión a los pocos minutos u horas de la exposición del paciente a un alérgeno conocido.

La adrenalina autoinyectable está disponible en las farmacias, pero siempre requiere una receta de un proveedor de atención médica. Una inyección accidental en los brazos o las piernas puede cortar el suministro de sangre al área afectada.

5 Discusión-Conclusión

La adrenalina es uno de los fármacos más efectivos para la anafilaxia y debe administrarse de manera rápida y precoz porque ayuda a mejorar la supervivencia al prevenir el broncoespasmo y el colapso cardiovascular. La vía de elección para una reacción alérgica es a través de los músculos, ya que se alcanza la concentración plasmática más rápida y más alta, por ejemplo, en el muslo. La adrenalina es muy sensible a la luz, por lo que el autoinyector debe estar en un tubo, protegido de la luz en todo momento y mantenido a temperatura ambiente en todo momento. Antes de eso, el personal de enfermería debe actuar rápidamente y llevaron a todos los pacientes con anafilaxia a un alergólogo para completar la investigación.

6 Bibliografía

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

Capítulo 69

ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

GUILLERMO GARCÍA AGUILAR

TERESA MARIA VAZQUEZ CATALAN

CARMEN GARCIA RODRIGUEZ

SARA ESCOBAR MARTÍNEZ

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

La unidad de Neonatología es un área de un centro hospitalario donde se prestan atención y cuidados al recién nacido. 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.

El personal de enfermería, tiene un papel muy importante dentro de la Unidad de Neonatología de un centro hospitalario, el cual cuenta y está formado por un equipo multidisciplinar, como son el personal médico, pediatras, técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), por eso deben trabajar de forma coordinada a la hora de tratar a los pacientes ingresados en esta unidad.

El tipo de pacientes hospitalizados dentro de esta Unidad hace que se le considere una unidad de trabajo muy complicada, especialmente, por la inestabilidad de los pacientes, ya que principalmente son recién nacidos.

Los profesionales que trabajan en esta Unidad, deben seguir con el protocolo a la perfección y trabajar sobre todo en equipo, pero conociendo cada uno las funciones que les corresponde dependiendo de su categoría profesional, para conseguir el máximo bienestar de los recién nacidos que allí permanezcan.

En la atención del neonato interviene un equipo formado por pediatras especializados, el equipo de enfermería y si la situación lo requiere, otros médicos especialistas en el diagnóstico y tratamiento de patologías complicadas.

2 Objetivos

Conocer e indicar las funciones que ejerce el personal de enfermería en la Unidad de Neonatología en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para elaborar esta publicación se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica de todos los tiempos.

También una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos de prestigio como Scielo.

4 Resultados

La Unidad de Neonatología cuenta con una serie de particularidades que la hacen distinta del resto de unidades de un centro hospitalario, por el tipo de pacientes que está ingresado en esta unidad, ya que principalmente son recién nacidos y, que guarda relación con ello, por el tipo de material e instrumental que se precisa. El personal de enfermería adscrito a esta unidad, debe prestar y brindar un tipo de cuidados más específicos y un tipo de intervenciones, la cual dista bastante de los que han de realizar dentro de otro tipo de unidades, partiendo de la base de que los pacientes ingresados, mayormente recién nacidos, en esta unidad necesitan de una atención especializada acorde al estado de salud, el cual suele ser delicado, ya que precisan de una atención de forma continuada a lo largo del día. Los facultativos son los que deben determinar qué tipo de actuaciones debe desempeñar el personal de enfermería con cada paciente en concreto, siendo imprescindible el trabajo en el marco de un equipo multidisciplinar.

En algunas ocasiones, los recién nacidos que están ingresados en esta unidad, requieren de una atención urgente, debido a su patología y delicado estado de

salud, por lo que ha de saber actuar ante situaciones que no permiten demora alguna. En cualquier caso, cualquier actuación de urgencia o emergencia con este tipo de pacientes, requiere la máxima profesionalidad y, además, acogerse a los protocolos establecidos en la unidad.

Si el recién nacido es pretermino o prematuro, de bajo peso o padece alguna patología de gravedad, este necesitaría cuidados especiales como son; incubadora, nutrición enteral, monitorización de las constantes vitales, etc.). El recién nacido prematuro deberá ingresar en una unidad de cuidados intermedios o en la UCIP (cuidados intensivos pediátricos). Estos cuidados son altamente técnicos, el equipo debe de tener una cualificación específica.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes ingresados dentro de la Unidad de Neonatología, principalmente son recién nacidos, los cuales requieren una serie de cuidados más específicos y muy diferentes al que se precisan en cualquier otra unidad de un centro hospitalario.

Por lo cual, el personal de enfermería que presta sus servicios dentro de una unidad de neonatología debe tener presente en todo momento el tipo de instrumental, material y aparataje es diferente al del resto de unidades y debe actuar bajo a los protocolos, para saber manejarse y aplicarse de forma correcta, sobre todo e en situaciones de urgencia y emergencia, en las que la actuación no podrá demorarse.

6 Bibliografía

1. Sergio Galarreta, Martín Gracia. Técnicas y procedimientos de enfermería. Panamericana, 2018.745.
2. Protocolos de enfermería. Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes - Gijón (2019).

Capítulo 70

ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO

GUILLERMO GARCÍA AGUILAR

TERESA MARIA VAZQUEZ CATALAN

CARMEN GARCIA RODRIGUEZ

SARA ESCOBAR MARTÍNEZ

DAVID SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

Según la RAE 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 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.htm>

Capítulo 71

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES CON UNA ILEOSTOMÍA

MARIA DEL ROSARIO LADERO PACHECO

PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ

CORAL SANCHEZ SANCHEZ

IRENE CAMINO LOZANO

MARGARITA CARRASCO BLASCO

1 Introducción

La ileostomía es un procedimiento quirúrgico, donde una porción del íleon se aboca a través de una abertura en la pared abdominal, permitiendo así la evacuación de las heces al exterior.

Normalmente, hay que efectuarla en enfermos donde la función del intestino grueso se ve alterada y no logra efectuar convenientemente sus funciones.

Este tipo de afección intestinal inflamatoria suele resolverse con una intervención quirúrgica.

Algunas de las causas por las que se produce este tipo de patología, son las siguientes:

1. colitis ulcerosa: se refiere a una patología de origen intestinal e inflamatoria que suele presentarse con úlceras y donde se ve afectado el revestimiento del colon y el recto.

Sintomatología que presenta:

- Diarrea.
- Premisa urgente de evacuación muchas veces al día.
- Heces sanguinolentas.

2. Patología de Crohn: en este suceso, la afección se localizaría provocando inflamación en diversas partes del tubo digestivo, en la mayoría de los sucesos, en el extremo inferior del intestino delgado y patología del intestino grueso, aunque, además, logra brotar en cualquier parte de tubo digestivo.

Sintomatología que presenta:

- Dolor abdominal (zona del vientre), con cólicos.
- Fiebre.
- Fatiga.
- Falta de apetito.
- Pérdida de peso.
- Sensación exagerada de defecación, aun cuando no hay heces.
- Diarrea acuosa.

2 Objetivos

Exponer como Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en qué consiste la ileostomía y la adaptación que requiere el enfermo con este tipo de intervención.

3 Metodología

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

4 Resultados

Con la ejecución de la ileostomía, permitimos el descanso de una parte del intestino grueso y el recto.

Los resultados suelen ser positivos, dado que la recuperación, normalmente, aunque lenta en las primeras semanas, es óptima, y con esto se consigue que el enfermo pueda recuperar su ritmo de vida con cierta normalidad.

Pasadas las primeras 24 horas, el enfermo podrá iniciar progresivamente la ingesta con una dieta líquida, transcurridas 48 horas, seguirá con una dieta blanda, y siempre que su tolerancia sea buena, a las 72 horas pasará a una ingesta normal. De cinco a siete días, si el enfermo no presenta fiebre, tolera bien la ingesta y hace una evacuación intestinal correcta, logra obtener el alta del hospital.

La incorporación a su vida laboral estará siempre supeditada al tipo de esfuerzo físico que conlleve dicho trabajo, si requiere un esfuerzo físico importante, se demorará más en el tiempo si, por lo contrario, se refiere a un trabajo relajado, siempre y cuando se encuentre recuperado físicamente y tenga un control de su estoma, su vida no debería sufrir grandes cambios.

Al principio, como cualquier cambio incluido en nuestras vidas, logra dar como resultado la sensación de dificultad en el cuidado que demanda una ileostomía, la práctica y el tiempo, lo harán entender como cualquier hábito cotidiano, ducharse, afeitarse, etc., esto facilitara la aceptación de la nueva situación. Una correcta información junto con un buen cuidado del estoma como debe ser la protección de la piel alrededor del mismo, usar el tamaño conveniente y conveniente en medidas de la bolsa, cambiar el sistema de bolsa recolectora de manera periódica, consentirá así retomar el día a día lo más parecido a como era previamente a la intervención.

5 Discusión-Conclusión

Con los estomas de eliminación, se tratan algunos trastornos intestinales, esta técnica es el tratamiento más conveniente (desde el punto de vista quirúrgico) para patologías como ciertos tumores de colon y recto, colitis ulcerosa, patología de Crohn y diverticulitis.

Posteriormente a la intervención, una buena información, manejo y tratamiento de su estoma, le servirá al enfermo para poder integrar en su vida la nueva situación, el impacto en su vida se verá afectado por todos estos factores. Está comprobado que la percepción después de los tres primeros meses mejora, una vez que han incluido el cuidado del mismo como cualquier hábito diario más.

6 Bibliografía

1. Arenas Villafranca José Javier, Abilés Jimena, Moreno Gloria, Tortajada

- Goitia Begoña, Utrilla Navarro Pilar, Gándara Adán Norberto. Ostomías de alto débito: detección y abordaje. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2014 Dic [citado 2022 Ago 19]; 30(6): 1391-1396. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014001300026&lng=es. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.6.7894>.
2. Saludsavia.
3. Sandra Guerrero, Angelo Margareth. Impacto de la estoma enteral en el niño y la familia. *av.enferm.* [Internet]. junio de 2010 [citado el 19 de agosto de 2022]; 28 (suplemento 1): 99-108. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000300009&lng=en.
4. MedlinePlus.
5. cancer.orge.
6. enfermeria21.
7. Noda Sardiñas Constantino Luis, Alfonso Alfonso Lázaro E., Fonte Sosa Miguel, Valentín Arbona Francisco L., Reyes Martínez Margarita L.. Problemática actual del enfermo con ostomía. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2001 Nov [citado 2022 Ago 19]; 30(4): 256-262. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572001000400008&lng=es.

Capítulo 72

ENFERMERÍA Y EL PROTOCOLO COIMBRA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

1 Introducción

La vitamina D regula aproximadamente el 10% de los 24.000 genes que componen nuestra genética.

Muchos estudios de observación clínica han puesto de manifiesto la asociación entre el nivel de vitamina D en sangre y la propensión a padecer enfermedades autoinmunes, como diabetes, esclerosis múltiple, artritis reumatoide, lupus eritematoso, etc.

Los pacientes autoinmunes tienen problemas para convertir la forma inactiva de la vitamina D en la forma activa de esta hormona porque tienen un cambio genético en las enzimas responsables de su conversión.

Los estilos de vida modernos reducen la exposición al sol, de modo que el 90 por ciento de la población en los países industrializados ahora tienen un déficit de esta vitamina, mal llamada porque en realidad actúa como una hormona.

El Dr. Cicero Coimbra, neurólogo y profesor de la facultad de medicina de la universidad de San paulo, Brasil, durante más de dos décadas, ha estado buscando un protocolo clínico para el tratamiento de las enfermedades autoinmunes que consiste en la administración de altas dosis de vitamina D, siendo seguro y con eficacia clínica.

Una condición que se puede tratar con este protocolo es la esclerosis múltiple, que es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso, en la que el propio sistema ataca la vaina de mielina de los nervios.

Todo esto provoca síntomas como parálisis, pérdida de visión, disminución de la fuerza muscular, etc.

2 Objetivos

El objetivo de este protocolo es conocer como afecta la vitamina D a dosis terapéuticas en la evolución de las enfermedades autoinmunes.

Así como conocer todas aquellas desventajas y efectos no deseados que pudieran surgir de dicho tratamiento, no exento de riesgos.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de toda la información recogida en las páginas web y privadas, en las que existe contenido relacionado con este protocolo; el cual representa a un reducido número de pacientes que lo vienen realizando bajo estricta supervisión médica.

Para ello se emplearon los siguientes descriptores MESH: enfermedad autoinmune, tratamiento, vitamina D, protocolo.

4 Resultados

Se sabe que existe una mayor incidencia de pacientes con esclerosis múltiple en aquellos países donde hay menos contacto solar, por lo que se ha establecido una relación entre la baja exposición solar y el desarrollo de enfermedades autoinmunes.

Todas aquellas personas que no están en contacto con el sol tienen menos vitamina D y, por tanto, son más propensos a desarrollar enfermedades autoinmunes como la esclerosis múltiple.

La vitamina D a dosis bajas es segura pero a dosis más altas puede aumentar el calcio en sangre y ser dañina para los riñones, por lo que el protocolo Coimbra debe ser aplicado bajo una rigurosa supervisión médica.

El protocolo Coimbra va a determinar la dosis que debe recibir cada paciente a lo largo del tratamiento.

Debido a los estudios del Dr. Coimbra, se concluyó que la vitamina D puede ser un medio terapéutico en el tratamiento de esta enfermedad particular porque estimula la producción de sustancias regenerativas en el cerebro; en el año 2001 se comenzó a administrar y fue mejorando hasta el 2012 que se alcanzó el nivel óptimo.

La aplicación de altas dosis de vitamina D a pacientes afectados por enfermedades autoinmunes, como esclerosis múltiple también han sido aplicadas para psoriasis, diabetes, lupus y artritis reumatoide.

En pacientes tratados, se observaron reducciones en los síntomas, resolución de las lesiones por imágenes cerebrales y distancia temporal de los brotes.

El Dr. Coimbra asegura que al cabo de dos años de seguir el tratamiento, los pacientes están curados, algo impensable con los tratamientos actuales.

A pesar de todo esto, este tratamiento ha recibido muchas críticas y sigue siendo un protocolo muy desconocido pero hay muchos estudios clínicos que demuestran la alta seguridad y eficacia de dar dosis tan altas de vitamina D (10.000 UI diarias).

5 Discusión-Conclusión

Son muchos los artículos científicos relacionados con el tratamiento de ciertas enfermedades autoinmunes con altas dosis de vitamina D que desencadenan un debate sobre los posibles riesgos de toxicidad de esta vitamina frente a la remisión de determinados episodios de este tipo de patologías.

La prevalencia y la gravedad de las secuelas neurológicas se asocian con niveles más bajos de vitamina D en adultos y niños.

En los últimos años, se han realizado varios ensayos clínicos en los que enfermedades como lupus eritematoso y esclerosis múltiple se beneficiarían de este tratamiento, obteniéndose resultados que ponen en tela de juicio los tratamientos que existen en la actualidad, por lo que se abre una interrogante que podría verse resuelta en función del desarrollo de este prometedor protocolo.

6 Bibliografía

1. <http://journals.lww.com/co-neurology/pages/articleviewer.aspx?year=2012&issue=06000&article=00006&type=abstract>.
2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21047880?dopt=Abstract>.
3. www.bascuñana.net/2019/07/25.
4. www.institutodeautoinmunidade.org.br/novo-paradigma.html.
5. www.Lucilaarango.weebly.com/protocolocoimbra.
6. www.facebook.com/protocolocoimbraenespañol.

Capítulo 73

REHABILITACIÓN CARDÍACA TRAS UN EVENTO CARDIOVASCULAR

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

1 Introducción

Los eventos cardiovasculares (ECV) es una causas de muerte en todo el mundo. Veremos una de las causas más importantes, el infarto agudo de miocardio (IAM), que es cuando hay una interrupción repentina del flujo sanguíneo a una parte del corazón, y generando una necrosis del miocardio. esta explicación incluye signos de isquemia indicados por evidencia electrocardiográfica (p. ej., cambios en el segmento ST o nuevo bloqueo de rama izquierda, desarrollo de ondas Q patológicas), muchas combinaciones inconvenientes en el tórax y las extremidades: mandíbula superior, mandíbula inferior o área epigástrica cuando haciendo ejercicio. o en reposo, dificultad para respirar o fatiga. A menudo el malestar es difuso; no acostado, acostado o afectado por el movimiento en la zona. La disminución del flujo coronario se debe a muchos factores. Las placas ateroscleróticas se rompen y provocan la formación de trombos, lo que contribuye a una fuerte reducción del flujo sanguíneo a las arterias coronarias. Otras causas de hipoxia

(isquemia miocárdica) incluyen, entre otras, oclusión de la arteria coronaria, espasmo de la arteria coronaria y disección de la arteria coronaria. Los pacientes, gracias a sus ganas y al equipo médico, pueden mantener o mejorar sus funciones en su comunidad, mejorar su salud y reducir la velocidad o revertir la progresión de la enfermedad.

Las indicaciones que el equipo médico y de enfermería proporcionan los siguientes factores principales: ejercicio, educación (para promover comportamientos saludables, como, por ejemplo, nutrición o muerte saludable), factores de riesgo y asesoramiento /apoyo mental.

2 Objetivos

- Explicar sobre este tipo de patología por parte del equipo de enfermería de los centros sanitarios.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de las principales bases de datos de referencia, como Pubmed, Scielo, Cochrane Library, Cinahl. Palabras clave: manual de rehabilitación cardíaca, rehabilitación cardíaca, eventos cardiovasculares, programa de rehabilitación cardíaca, cuestiones emocionales. Los criterios de inclusión utilizados para seleccionar los artículos elegibles incluyeron edades <5 años en inglés y español. Los criterios de exclusión incluyeron aquellos que no cumplieron con los criterios anteriores y aquellos considerados irrelevantes para el estudio. Cabe señalar la dificultad para encontrar artículos dedicados a programas desarrollados de rehabilitación cardíaca y recomendaciones generales para su desarrollo generalizado.

4 Resultados

La rehabilitación cardíaca (RC) basada en ejercicios tiene como objetivo mejorar la salud de estas personas. Es una parte importante de la atención cardiovascular moderna y se considera una prioridad en países con altas tasas de enfermedad coronaria. La RC basada en ejercicios es extremadamente segura y las contraindicaciones para su uso han disminuido con el tiempo y la experiencia.

En total, los casos absolutos incluyen miocardiopatía hipertrófica obstructiva grave y aneurisma aórtico trombótico. En estos casos y en los casos de síndrome

de Marfan, se puede recomendar un ejercicio aeróbico de bajo impacto después de una cuidadosa consideración.

La incidencia de trastornos afectivos después de un infarto agudo de miocardio en comparación con la población general es significativamente mayor en pacientes con enfermedad cardiovascular. Aunque la prevalencia de la depresión en estas enfermedades es menor en hombres que en mujeres, la depresión está más fuertemente asociada con peores resultados cardíacos en hombres que en mujeres. Debido a que los pacientes con enfermedad cardiovascular tienen una relación dosis-respuesta entre los síntomas depresivos y los eventos cardiovasculares, tienen un mayor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares recurrentes y muerte. Las acciones tomadas lo antes posible mejorarán la calidad de vida del paciente, que se deteriora rápidamente después del episodio de insuficiencia coronaria aguda. Tanto los fenómenos depresivos como el estrés, la falta de apoyo social o los patrones de conducta tipo A, especialmente algunos de sus aspectos como la hostilidad, se consideran factores de riesgo para desarrollar enfermedad coronaria y en ocasiones provoca muerte súbita por aumento del tono simpático. sistema nervioso. trabajar. un tono que contribuiría a arritmias ventriculares fatales en el miocardio isquémico. En resumen, se ha demostrado que los programas de rehabilitación cardíaca dirigidos al nivel psicológico reducen la incidencia de estos trastornos y mejoran la calidad de vida.

Programa de rehabilitación cardíaca:

Los programas de rehabilitación cardíaca son cada vez más importantes como herramienta para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes después de enfermedades cardiovasculares agudas.

Estos pacientes necesitan ser informados del hecho importante de que deben cumplir con los comportamientos adquiridos por el resto de sus vidas. Existen dos tipos de programas: un entrenamiento supervisado en una unidad de rehabilitación cardíaca, que incluye un período de entrenamiento inicial que dura de 2 a 6 meses, y otro período de entrenamiento, generalmente "continuo", sin supervisión y entrenamiento con ejercicios no supervisados, en el que el paciente se mantiene alejado de la unidad de rehabilitación cardíaca y utiliza una mesa de estiramiento, seguido de un programa de caminata en casa de intensidad cada vez más larga y más alta. Se ha demostrado que el ejercicio mejora el rendimiento físico.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos con los resultados obtenidos de todas las fuentes bibliográficas consideradas en este trabajo conducen a un punto importante y común: los ejercicios. La mayoría de la gente llega a la conclusión de que este es el mejor método para tratar y restaurar nuestro corazón después de enfermedades cardiovasculares. Esta rehabilitación se realiza como parte de un programa de rehabilitación cardíaca por un equipo multidisciplinario que adapta el programa a las capacidades físicas de cada paciente. De hecho, en mi opinión, esta teoría está menos establecida probablemente porque es difícil encontrar programas de rehabilitación cardíaca que funcionen actualmente. Por tanto, el sistema sanitario debe mejorarlo para que todos los candidatos puedan beneficiarse de sus efectos positivos para la salud.

6 Bibliografía

1. Thygesen K., et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018. 72 (18): 231-2264.
2. Saleh M., Ambrose JA. Understanding myocardial infarction. *F1000Research*. 2018. 7: F1000 Faculty Rev-1378.
3. Perafán-Bautista P. et al. Efectos de la rehabilitación cardíaca en el paciente cardiovascular con ansiedad y depresión. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2019.
4. Mechanic, OJ., Grossman SA. Acute Myocardial Infarction. 2019. StatPearls Publishing.
5. Fernández Coronado, R. et al. Guía de Práctica Clínica de Rehabilitación Cardíaca. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. 2018.
6. Santiago de Araújo Pio C. et al. Interventions to promote patient utilisation of cardiac rehabilitation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019. Issue 2. Art. No.: CD007131.
7. Anderson L. et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016. 1: CD001800.
8. McMahon SR, Ades PA y Thompson PD. The role of cardiac rehabilitation in patients with heart disease. *Trends Cardiovasc Med*. 2018. 27 (6): 420-425.

Capítulo 74

ENFERMERÍA EN EL TRIAJE EN INCIDENTES CON MÚLTIPLES VÍCTIMAS Y CATÁSTROFES

MARTA CALDERÓN JIMÉNEZ

NIEVES FERNÁNDEZ TORRES

DANIEL MIGUEL FERNÁNDEZ-ROLDAN

NATALIA FERNANDEZ RAMIREZ

PATRICIA MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN

1 Introducción

En primer lugar, debemos definir el término triaje como el método más común para determinar si el paciente puede ser considerado “realmente urgente”. Este método clasifica los enfermos que demandan atención tanto en el servicio de urgencias hospitalarias como en emergencias extrahospitalarias, teniendo en cuenta criterios de gravedad clínica con el fin de diferenciar entre aquellos que requieren atención inmediata de los que no la requieren, logrando así, un uso más eficiente de los recursos de los que disponemos.

El triaje tiene como objetivos identificar de forma rápida los pacientes con alteraciones en el estado de salud que pueden poner en riesgo su vida, disminuir la congestión en las salas de espera de urgencias hospitalarias, dar información

al paciente y a su familia sobre los tiempos de espera y; establecer orden en el desarrollo del trabajo del personal sanitario.

Existen varias formas de realizar este triaje. El más usado en servicios de urgencias hospitalarias es el conocido Sistema de Clasificación de Manchester. Este sistema diferencia los niveles de prioridad asignando colores de los que se deriva un tiempo estimado para recibir la atención médica; así: rojo, emergencia (atención inmediata); naranja, muy urgente (atención igual o menor a diez minutos); amarillo, urgente (tiempo máximo de atención igual o inferior a sesenta minutos); azul, condiciones estándar (periodo de espera igual o inferior a ciento veinte minutos) y; verde, no urgente (tiempo de espera igual o inferior a doscientos cuarenta minutos).

En cuanto al triaje en urgencias extrahospitalarias hay varios métodos según sea triaje básico o avanzado. En triaje básico encontramos el método START (simple triaje ad rapid treatment); SHORT (sale caminando, habla, obedece órdenes, respira, taponar heridas; Sieve; MRCC, método rápido de clasificación en catástrofes, etc. y en el triaje avanzado encontramos el método RTS (revised trauma score); escala de Glasgow; escala de probabilidad de supervivencia del RTS; MGAP (Sistema de triaje avanzado prehospitalario), con predicción de mortalidad, etc.

En este trabajo vamos a desarrollar los diferentes métodos de triaje en urgencias extrahospitalarias en el contexto de un incidente con múltiples víctimas. Para ello debemos definir el término incidente con múltiples víctimas (AMV), que hace referencia a aquellos incidentes, en los que se produce un elevado número de lesionados, que no desborda la capacidad asistencial de la zona (comarca o área sanitaria), pero que supone una desproporción inicial (cuantitativa y/o cualitativa) entre las necesidades asistenciales, logísticas o de organización y los recursos habitualmente operativos.

Esta situación es limitada en el tiempo y espacio. Suele durar un número indeterminado de horas, que habitualmente no sobrepasa las 2-3 horas en el área extrahospitalaria, ni el horario de un turno en los hospitales de referencia.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Comparar los diferentes métodos de triaje en accidentes con múltiples víctimas.

Objetivo específico:

Destacar la importancia del profesional de enfermería en situaciones de emergencia y catástrofes.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales bases de datos referenciales tales como Pubmed, Google académico, Scielo y de la Guía Asistencial de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) en materia de triaje y evacuación de pacientes en incidentes de múltiples víctimas y catástrofes sanitarias.

Los criterios de inclusión para seleccionar los artículos válidos han sido antigüedad no superior a 5 años, en inglés y en español. Los criterios de exclusión han sido los que no cumplían los criterios anteriores y aquellos que no han sido relevantes para el estudio.

Palabras clave: triaje, incidente, múltiples víctimas, urgencias hospitalarias, emergencias extrahospitalarias y evacuación.

4 Resultados

El triaje es un proceso dinámico que se realiza varias veces a lo largo de la cadena asistencial.

Dependiendo del nivel asistencial en el que se encuentre, se realizará la clasificación. El esquema de actuación prehospitolaria sería el siguiente:

- Área de rescate o área de impacto, zona de salvamento, zona caliente, etc. Es la zona donde se ha producido el incidente y donde se encuentran todas las víctimas. Es una zona que puede ser peligrosa e insegura por lo que estarán los equipos especialistas en rescate y salvamento con las medidas de protección adecuadas ante los riesgos existentes. En un primer momento se producirá un triaje espontáneo donde los pacientes que pueden caminar saldrán de la zona, produciéndose incluso evacuaciones indiscriminadas que escapan del control de los equipos de respuesta. En ocasiones excepcionales, una vez comprobada la seguridad y autorizada por los equipos de rescate el personal sanitario podrá estar presente y realizar un triaje más riguroso, que se complementaría en el área siguiente con el “traje avanzado”.
- Área de triaje o de socorro. Es una zona segura. Aquí se sitúa el nido de heridos que es una zona cercana al área de impacto, en la que los servicios de rescate u otros irán agrupando a los lesionados que trasladan los servicios de rescate. Está controlada por un jefe o responsable médico de triaje. En ella se realiza un triaje básico sin perder tiempo con maniobras asistenciales: sólo se realizan “maniobras salvadoras” (apertura de vía aérea, colocación de cánulas oro faríngeas, compresión de hemorragias) y posición lateral de seguridad u otras posiciones indicadas

y eficientes.

- Área base: Aquí se ubica el puesto médico avanzado (PUMEDA) que es una zona segura que recibe a los heridos ya clasificados en el área de triaje. Controlado por un jefe o responsable médico de atención sanitaria. En ella se realizan tareas de re-triaje y más asistenciales. Se prepara a los lesionados en condiciones de ser evacuados. También aparece el puesto médico de evacuación sanitaria (PUMEVAC), lugar donde el responsable médico de evacuaciones organiza y coordina las evacuaciones de los lesionados, ubicada en el área base, o en el límite con el área de socorro. De esta estructura se transferirán los lesionados a ambulancias, helicópteros u otros vehículos no sanitarios.

Posteriormente, hay que distinguir entre dos tipos de triaje, el básico y el avanzado.

En el triaje básico se recomienda usar el sistema de triaje básico que mejor se conozca. Se puede realizar en la zona de impacto. Permite obtener una visión general de la magnitud de la emergencia y la necesidad de recursos extras. Debe ser simple, rápido y replicable, que pueda ser aplicado por personal no sanitario, con una formación básica y entrenados para su aplicación.

Una metodología para definir la prioridad asistencial se basa en el ABCDE del trauma, atendiendo primero a los pacientes con compromiso de la “A” y luego los que tengan problemas de la “B-C-D-E” sucesivamente, pero teniendo en cuenta también el plazo terapéutico, donde pacientes con compromiso más evolucionado de la “C”, deberán ser atendidos antes que quienes teniendo compromiso de la “B” se encuentren más estables.

La prioridad en la evacuación depende en gran medida, de los recursos de transporte disponibles; si el número de lesionados excede el número de vehículos disponible, la prioridad de evacuación debe ser dada a aquellos lesionados críticos, seleccionándolos incluso dentro de un mismo grupo de prioridad.

Existen diferentes sistemas validados, entre los que toman mayor relevancia dos de ellos:

- START (simple triage and rapid treatment): se basa en la respiración y la frecuencia respiratoria, presencia de pulso y nivel de conciencia (¿obedece órdenes?). Valora vía aérea y hemorragias.
- SHORT (sale caminando, obedece órdenes, respira, taponar heridas): puede ser realizado por personal no sanitario pero requiere conocimientos básicos de signos vitales. Tiene menos sensibilidad y especificidad.

Ambos permiten realizar una clasificación rápida y sencilla de los lesionados, asignando un color en función de las variables analizadas, en general, y desde el punto clínico-asistencial, estos colores suelen definir las siguientes situaciones:

Rojo: requieren estabilización inmediata y comprende a las víctimas con estado de shock por cualquier causa (hemorrágico, traumatismo toraco-abdominal severo, aplastamiento, etc.); dificultad respiratoria; traumatismo craneoencefálico con pupilas asimétricas y hemorragia grave.

Amarillo: requiere vigilancia directa, puede diferirse un poco la atención y comprende a los pacientes en riesgo de shock (cardíaco, medular, traumatismo toracoabdominal, etc); fracturas abiertas de fémur o fracturas de pelvis; quemaduras graves; estado de inconsciencia o traumatismo craneoencefálico y estados de diagnósticos inciertos.

Verde: puede esperar o no requiere tratamiento, después de aplicarles un apósito, vendaje o férula, esperarán al final de la atención en el lugar del incidente e incluye víctimas con fracturas menores, heridas o quemaduras menores y contusiones, abrasiones leves, estados de ansiedad.

Negro: Fallecido.

Azul: los lesionados muy graves y con pocas o sin esperanzas de supervivencia, al término de la atención de los rojos y amarillos, podrían ser revalorados. Ya que en función de los recursos disponibles en cada momento alguno podría ser reclasificado como rojo. Se les califica también como “sobrepasados” o “sobrepasés”. Los sistemas básicos de triaje no los clasifican, por lo que han de hacerlo las clasificaciones en función de sus lesiones y de los recursos en cada momento, Se recomienda no mezclarlos con los fallecidos (negro).

En cuanto al triaje avanzado, se realiza habitualmente en el puestomédico avanzado (PUMEDA). Estas funciones se pueden representar por el principio de las tres “T”:

Tipificar (clasificar): 2º triaje dentro del PUMEDA, para tratamiento y la prioridad para el traslado.

Tratar: primera estabilización de las víctimas.

Trasladar: prioridad según la clasificación del triaje. Primero los rojos, luego los amarillos. Si es posible con tarjeta de triaje y hoja de asistencia.

Identificación del paciente con número de tarjeta o ficha clínica, si posible filiación. Anotar hospital o centro receptor.

En este segundo tipo de triaje destacan también dos métodos sobre los demás:

- **Escala de Glasgow:** se usa para medir objetivamente el nivel de consciencia en todos los pacientes con traumatismos y pacientes con enfermedades agudas. La escala mide el estado mental de los pacientes según tres categorías de capacidad de respuesta: apertura del ojo, respuesta verbal y motora. Permite tomar decisiones importantes para la gestión de las emergencias tales como asegurar la vía aérea, determinar el destino adecuado para la transferencia de un paciente, etc.

Esta escala se puntúa entre tres y quince, siendo tres el resultado más bajo y quince el más alto. De esta forma, de 3 a 8 puntos sería un trauma grave, de 9 a 12 puntos un trauma moderado y de 13 a 15 puntos un trauma leve.

Hay una modificación de la escala de coma de Glasgow a pacientes pediátricos la cual ha sido un avance vital en la evaluación de niños verbales y pre-verbales.

- Revised Trauma Score (RTS). Es un método ampliamente usado por los servicios de emergencia en todo el mundo. Tiene en cuenta tres parámetros: evaluación neurológica por escala de coma de Glasgow, evaluación hemodinámica por presión arterial sistólica y frecuencia respiratoria. Dependiendo del resultado de cada parámetro, hay un valor correspondiente en la escala RTS, capaz de evaluar la morbilidad y mortalidad del paciente con politraumatismo y, según la gravedad, indicar el reclutamiento de equipos más especializados, para mejorar la supervivencia de este tipo de pacientes.

El RTS puede variar aproximadamente de 0 a 12 puntos. Cuanto más alto sea el valor final, mejor será el pronóstico y posiblemente se conozca la posibilidad de supervivencia. Así, 12 puntos será tratamiento no urgente, 11 puntos tratamiento urgente, de 10 a 3 puntos tratamiento inmediato y de 2 a 0 puntos fallecido/no sobrevivirá.

Existe un modelo avanzado de triaje que fue desarrollado en 2011 por un grupo de trabajo coordinado por investigadores de la Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre de la Universidad de Oviedo llamado MGAP o META (modelo extrahospitalario de triaje avanzado), con el fin de mejorar el triaje de incidentes de múltiples víctimas. Se basa en los protocolos de soporte vital avanzado contra traumas (ATLS), las lesiones anatómicas del paciente y el mecanismo de la lesión. Para la aplicación de este método se requieren conocimientos en soporte vital avanzado y soporte vital avanzado al trauma grave, por lo que está diseñado para ser aplicado por personal médico y de enfermería.

Es un método de clasificación con cuatro etapas que incluye la identificación temprana de pacientes con traumas graves que se beneficiarán de una rápida evacuación a un centro quirúrgico e introduce un nuevo flujo de pacientes que pasa por el puesto médico avanzado para mejorar la evacuación. Las etapas del triaje META son:

1. Triage de estabilización: en esta etapa, los pacientes se evalúan inicialmente utilizando los protocolos avanzados de soporte vital en caso de traumatismo y todos los pacientes con riesgo real o potencial de vía aérea, respiración o circulación se clasifican como rojos.

Los pacientes con una discapacidad neurológica única o que necesitan evaluación hospitalaria después de una breve exposición se clasifican en amarillo. El resto

de los pacientes están clasificados como verdes.

En esta etapa solo se realizan intervenciones básicas para salvar vidas, como la apertura de vía aérea básica y el control de la hemorragia con presión o torniquete.

2. Identificación del paciente que requiere tratamiento quirúrgico urgente: el objetivo de esta etapa (que se aplica al mismo tiempo que la primera etapa) es identificar a los pacientes que no se benefician de la atención prehospitalaria compleja y necesitan transporte rápido a un centro quirúrgico. Esto crea un nuevo flujo de pacientes que pasarán por alto el puesto médico avanzado y se dirigirán al área de evacuación con un cuidado mínimo aceptable.

En este tipo de pacientes se incluyen los que padecen lesiones penetrantes en la cabeza, cuello, torso y extremidades proximales al codo o rodilla; fractura abierta de la pelvis; fractura pélvica cerrada con inestabilidad mecánica o hemodinámica y traumatismo del torso contundente con inestabilidad hemodinámica.

3. Soporte vital avanzado en el trauma: todos los pacientes, una vez clasificados, se tratarán siguiendo protocolos avanzados de soporte vital para traumatismos. Los pacientes rojos de la primera etapa serán tratados primero, luego los amarillos y finalmente los verdes.

4. Triage de evacuación: una vez que hemos tratado las emergencias hospitalarias en el campo, tenemos que decidir, en una situación de recursos escasos, qué paciente debe ser evacuado primero.

Los primeros serán aquellos con necesidades quirúrgicas urgentes que no hayan sido detectados antes de la evacuación. Luego, definimos una nueva categoría como “criterios de alta prioridad” para aquellos que tienen lesiones graves con inestabilidad hemodinámica o respiratoria (presión arterial sistólica por debajo de 110 mmHg, puntuación de coma de Glasgow por debajo de 6, intubación o explosión en espacios confinados).

Los pacientes con compromiso de la vía aérea, la respiración o la circulación no resueltos con criterios de alta prioridad serán evacuados primero, luego aquellos con compromiso ABC que no se han resuelto pero sin criterios de alta prioridad. Todos ellos tendrán etiquetas rojas. A continuación, se incluirán los pacientes con una discapacidad neurológica única y, finalmente, aquellos que necesiten una evaluación hospitalaria pero sin ninguna de las situaciones mencionadas.

Uno de los puntos fuertes de este tipo de triaje es que se ha desarrollado teniendo en cuenta la percepción del personal de los servicios de emergencia sobre los factores que se deben tener en cuenta a la hora de la clasificación. Por ejemplo, si un paciente puede caminar será clasificado como paciente leve (verde), pero la mayoría de los médicos y enfermeros saben que un paciente con quemaduras

graves puede caminar o incluso un paciente en shock debido a una hemorragia abdominal también puede hacerlo en las primeras etapas del shock; ambos son ejemplos típicos de subvaloración. Otro ejemplo sería un paciente con una frecuencia respiratoria de 35 por minuto causada por un estado de ansiedad y no debe clasificarse como grave.

Por otro lado, el hecho de que la organización del META se realice en diferentes etapas hace que sea fácil de incorporar en los procedimientos habituales en incidentes con múltiples víctimas. La primera etapa nos ayuda a detectar lesiones que amenazan la vida, nos da una idea inicial de la organización y nos ayuda a priorizar a los pacientes. Solo aplicamos técnicas básicas de salvamento para mantener al paciente con vida esperando la siguiente etapa, y al mismo tiempo aplicamos la segunda etapa para identificar aquellas lesiones que amenazan la vida del paciente y que se benefician del transporte rápido al centro quirúrgico sin tener que pasar por todos los puestos médicos, si no que van directamente desde el área de triaje al área de evacuación. La tercera etapa es útil para aplicar las técnicas avanzadas de soporte vital para el trauma de acuerdo con las necesidades de los pacientes y significa que la prioridad puede cambiar. Una vez el paciente esté estabilizado, debe ir al punto de evacuación desarrollándose aquí la cuarta etapa. En esta etapa se realiza el triaje de evacuación para utilizar los recursos de transporte disponibles de la mejor manera posible.

El material de etiquetado debe presentar una serie de características básicas como resistencia, buena sujeción, sencillas, rápidas, numeradas, visuales, reversibilidad y disponibilidad. Los principales elementos que son de utilidad para la categorización de pacientes serían las tarjetas de triaje, rotuladores indelebles, cintas de colores, sprays de colores, pulseras de colores, pinzas de colores, pegatinas de colores, cintas de esparadrapo incluyendo las palabras del color completo o incompleto (Ro – Am – Ver – Az – Ne), lonas de colores, etc.

En cuanto a las etiquetas, son de uso internacional, aportan no sólo el color de la clasificación o prioridad de las víctimas, determinado por el que ha quedado en última posición (ya que los anteriores se desprenden), si no que hacen una leve descripción de las lesiones y, en lo posible, de la identificación del lesionado.

También se anotará el centro hospitalario de destino. Las tarjetas deben ir bien atadas a la muñeca, tobillo o cuello del paciente, pero nunca a los vestidos o al calzado.

Uno de los sistemas de tarjetas que han demostrado más ventajas en su utilización es el sistema M.E.T.T.A.G. Es este tipo de tarjeta de triaje las que se utilizan hoy en día en un gran número de servicios de emergencias sanitarias extrahospitalarias españolas.

El único inconveniente que tiene esta tarjeta es que no se puede reclasificar al paciente por mejoría, es decir, si durante el proceso de estabilización, manejo y transporte el paciente mejora, no es posible reflejarlo en la tarjeta previamente colocada.

5 Discusión-Conclusión

Se ha podido observar que el triaje META podría reducir los tiempos de actuación en un accidente de múltiples víctimas en comparación a los métodos de triaje que se han estado utilizando a lo largo de estos años, pero bien es cierto que se necesita un conocimiento de soporte vital avanzado y soporte vital avanzado al trauma, por lo que su uso estaría destinado únicamente a profesionales de la salud.

Esto nos lleva a pensar que dichos profesionales deben mantener actualizados sus conocimientos y deben estar entrenados para poder enfrentarse a una situación de emergencia en cualquier momento, ya que si se ha demostrado que este tipo de triaje es el que más permite al paciente beneficiarse de su actuación es el que se debería llevar a cabo y no usar otros métodos que no son tan efectivos por falta de entrenamiento. Además del tipo de triaje que se utilice en estas situaciones, es necesario estar familiarizado con el material que disponemos.

Por todo ello, se llega a la conclusión que la formación continua es un elemento clave en cuanto a la actuación en incidentes con múltiples víctimas para poder aumentar las posibilidades de supervivencia de aquellos pacientes graves que necesiten atención hospitalaria inmediata.

6 Bibliografía

1. Rodríguez-Páez, G et al. "Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un análisis desde el Triage". 2018. Vol.20.
2. Cabanal Berlanga, R. et al. "Guía Asistencial Urgencias y Emergencias Extra-hospitalarias". 2014. 2ª Edición. Capítulo 123. Pág 890-898.
3. Anziliero, F. et al. "Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência". 2017. Revista Gaúcha de Enfermagem. Vol. 37.
4. Cabanal Berlanga, R. et al. "Guía Asistencial Urgencias y Emergencias Extra-hospitalarias". 2014. 2ª Edición. Capítulo 122. Pág 882-888.
5. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. "Plan de respuesta para accidentes de tráfico por carretera con múltiples víctimas". 2015. Vol. 1. Pág. 6-7.

6. Koser, B.W. et al. "EMS, Evacuation Triage". 2019. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
7. Castro Delgado, R. et al. "Bases conceptuales del triaje prehospitalario en incidentes de múltiples víctimas.". 2015. Evidentia. Vol. 12. Pág. 51-52.
8. Bazyar, J. et al. "Triage Systems in Mass Casualty Incidents and Disasters: A Review Study with a Worldwide Approach.". 2019. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences. Vol. 7. N.º 3. Pág. 482-494.
9. Cabanal Berlanga, R. et al. "Guía Asistencial Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias". 2014. 2ª Edición. Capítulo 121. Pág. 873-878.
10. Shobhit, J. et al. "Glasgow Coma Scale". 2019. StatPearls Publishing.
11. Muñana-Rodríguez, J.E. et al. "Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado.". 2014. Enfermería Universitaria. Elsevier. Vol. 11. N.º 1. Pág. 24-35.
12. Cabanal Berlanga, R. et al. "Guía Asistencial Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias". 2014. 2ª Edición. Capítulo 30. Pág. 267.
13. Durante Álvarez, B. et al. "Analysis of the Revised Trauma Score (RTS) in 200 victims of different trauma mechanisms.". 2016. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Vol. 43.
14. Kuri Astudillo, L. et al. "Utilidad del Trauma Score Revisado-Triage (RTS-T) y del uso de casco en adultos con traumatismo encéfalo cráneo (TEC) por accidente de tránsito en moto". 2016. Centro de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Montevideo. Biomedicina. Vol. 11. Pág. 6-13.
15. Restrepo-Álvarez, C.A. et al. "Puntajes de gravedad en trauma. Artículo de revisión". 2016. Revista Colombiana de Anestesiología.
16. Arcos González, P. et al. "The development and features of the Spanish prehospital advanced triage method (META) for mass casualty incidents." 2016. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine.
17. Ferrandini Price, M. et al. "Comparación de los sistemas de triaje META y START en un ejercicio simulado de múltiples víctimas". Emergencias 2018. Vol. 30. Pág. 224-230.
18. Romero González, R.C. "Triage en Emergencias Extrahospitalarias". 2014. Paraninfo digital. N.º 20.
19. Clarkson, E. et al. "EMS, Mass Casualty Triage". 2019. StatPearls Publishing.
20. DeNolf, R.L. et al. "EMS, Mass Casualty Management". 2019. StatPearls Publishing.

Capítulo 75

INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN POSTPARTO

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

SARA LUQUE MILLÓN

MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ

MARTA ABAD ABELLÁN

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

1 Introducción

Las mujeres pueden experimentar depresión posparto (DPP), un trastorno del estado de ánimo, durante este tiempo. Esto se debe a que el nacimiento de un nuevo miembro en la familia provoca numerosos cambios en la vida de todos sus miembros.

La depresión posparto no debe confundirse con la tristeza posparto, también conocida como "tristeza posparto", que afecta a una proporción mucho mayor de mujeres (entre el 30 y el 75 por ciento de las mujeres) y es el trastorno del estado de ánimo más típico en las nuevas madres. (posparto) y.

Comienza en los primeros días después del nacimiento del bebé y no dura más de dos semanas, y se caracteriza por un cuadro clínico leve que incluye labilidad

emocional, trastornos del apetito o irritabilidad. La DPP, por el contrario, tiene un impacto en numerosas personas.

Menos personas (entre el 10% y el 15% de las mujeres en el posparto) experimentan esta afección, que incluye síntomas de depresión posparto, así como culpa, fracaso y trastornos cognitivos como problemas de memoria o atención.

Además, la DPP puede durar para siempre y comienza entre las primeras 4 semanas y los primeros 6 meses de vida. También dura mucho más tiempo.

Los miembros de la familia, pero especialmente la madre, deben aprender nuevos roles y habilidades para manejar nuevas responsabilidades si se quiere resolver este problema con éxito.

2 Objetivos

Conocer los enfoques diagnósticos y terapéuticos que el personal de enfermería puede utilizar para tratar a pacientes que padecen depresión posparto y especificarlos.

3 Metodología

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

Además, se consultó el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5).

Se han utilizado los términos: depresión posparto, puérpera, tristeza posparto e intervención y enfermería, además de los operadores booleanos "Y" y "O".

4 Resultados

La identificación de los factores etiológicos que influyen en la aparición de la DPP es crucial a la hora de realizar un diagnóstico de la enfermedad. Estos elementos incluyen la falta de apoyo y antecedentes personales o familiares de ansiedad y/o depresión, acontecimientos de la vida sociales, traumáticos y/o exigentes, la naturaleza de una pareja y una relación (exacerbada si hay abuso), o el estatus social

y económico. Como resultado, la enfermera debe prestar atención a la situación y al historial médico del paciente.

Se emite una advertencia si alguno de estos signos que podrían indicar DPP está presente dada la condición actual del paciente.

Una herramienta útil para detectar el DPP es el uso de manuales diagnósticos de referencia en psicopatología. El DSM 5 se refiere específicamente a este trastorno como "trastorno depresivo no especificado con inicio en el periparto". Este manual ya ha mencionado que la DPP puede comenzar antes del nacimiento del bebé, durante el embarazo o en las semanas siguientes.

Por último, pero no menos importante, sería crucial que el proveedor de atención médica hablara con la paciente de forma semiestructurada, entrevistándola para saber si tiene expectativas realistas sobre la maternidad y para saber si experimenta algún sentimiento de incapacidad, baja autoestima o falta de confianza.

Los autores identifican una serie de intervenciones de enfermería que el profesional puede proporcionar al paciente y que actuarían como mecanismos de defensa del DPP. Destacarían especialmente:

- Una llamada telefónica para dar seguimiento.
- Si es necesario, visitas domiciliarias.
- Educación para la salud.

Para dar pautas útiles y recomendar una serie de hábitos que las mujeres podrían adoptar en su vida diaria y que, al igual que los recursos apenas mencionados, actuarían como mecanismos de defensa contra el DPP, la enfermera debe centrarse en el último punto, la educación para la salud. Este es el recurso principal que debe utilizar la enfermera. Los siguientes son algunos buenos consejos de salud:

- Realizar actividad física.
- Amamante a su hijo.
- Busque un sueño de calidad.
- Tocar la piel de la otra persona.
- Tome el medicamento según las indicaciones.
- Utilizar terapias de tercera generación como mindfulness y psicoterapia.
- Consulta tus redes sociales y familiares.

De hecho, los autores enfatizan la importancia de la educación y la prevención para la salud como piedras angulares de las intervenciones de enfermería eficaces en la DPP.

5 Discusión-Conclusión

Una de las complicaciones posparto más frecuentes es la DPP, que, como se ha demostrado, puede afectar hasta entre el 15% y el 20% de las mujeres en todo el mundo, siendo más susceptibles las mujeres de clase media y de bajos ingresos. Por ello, es fundamental realizar una evaluación exhaustiva de los factores de riesgo y realizar el diagnóstico diferencial adecuado, siendo la psicoterapia el pilar principal para todos los grados de gravedad.

Para evitar o atenuar los efectos de la depresión posparto, algunas sugerencias que se deben tener en cuenta son las siguientes:

- Detección temprana.
- Pruebas psicológicas a madres primerizas.
- Promover el asesoramiento posparto.

6 Bibliografía

1. Malpartida Ampudia, M. K. (2020). Depresión postparto en atención primaria. Revista Médica Sinergia, 5 (2): 355 - 368.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 76

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DOLOR CRÓNICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

MARTA ABAD ABELLÁN

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

SARA LUQUE MILLÓN

MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ

1 Introducción

Una lesión tisular real o potencial se asocia con una experiencia emocional y sensorial dolorosa conocida como dolor. El dolor es una experiencia subjetiva que puede tener un impacto en la salud física, emocional, social y psicológica de una persona.

En España, el 17% de las personas padece dolor crónico, que afecta con más frecuencia a las mujeres que a los hombres y empeora con la edad.

Los dos tipos de dolor son nociceptivo y neuropático, siendo el dolor nociceptivo el tipo de dolor crónico más frecuente y provocado por enfermedades, traumatismos o trastornos funcionales, viscerales o somáticos.

Como resultado de la pérdida o daño de la materia gris, el dolor crónico es un efecto secundario de la plasticidad estructural y funcional del cerebro. El

hipocampo y la corteza, además del cerebro, son otras regiones implicadas en el dolor crónico.

Dorsolateral prefrontal y ganglios basales.

Es fundamental que los profesionales de la salud, incluidas las enfermeras, adopten un enfoque proactivo para abordar esta cuestión, dada la alta prevalencia del dolor crónico en las consultas médicas. La enfermería, por otro lado, debe contribuir a la creación de una estrategia de atención de enfermería que se adapte plenamente a las necesidades del paciente que experimenta dolor crónico.

2 Objetivos

- Asignar pacientes con dolor crónico a cuidados de enfermería, además de la atención primaria y enumerar las diferentes escalas de valoración del 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

En nuestra nación las consultas por dolor crónico son muy habituales, habituales en los servicios de urgencias y habituales en las consultas de atención primaria, debiendo los profesionales dar una respuesta inmediata para establecer un tratamiento aclimatarse a las circunstancias únicas del paciente y al tipo de dolor que presenta.

El bienestar del individuo está influenciado por una variedad de factores biológicos, psicológicos y socioculturales, todos los cuales afectan la forma en que el paciente reacciona al dolor. Entonces, en términos de trastornos, el modelo biopsicosocial.

Se defiende ampliamente que el dolor crónico existe.

La prevención del dolor crónico no solo se centra en prevenir la enfermedad que lo provoca, sino también en prevenir sus efectos, siendo los más comunes la pérdida de funcionalidad y productividad, los trastornos mentales y la incapacidad

laboral, entre otros.

Enfermería debe implementar una intervención para abordar el dolor crónico de manera integral, desarrollando una actitud proactiva donde las funciones a desarrollar tengan en cuenta al paciente como un todo, teniendo en cuenta todos los las esferas similares.

Las enfermeras de atención primaria deben crear intervenciones psicológicas y psicoeducativas para que el paciente pueda gestionar los aspectos emocionales y cognitivos del dolor.

Enfermería debe realizar una valoración minuciosa y exhaustiva del dolor para poder responder adecuadamente a las necesidades del paciente mediante planes de cuidados individualizados, sabiendo que el dolor interfiere en las actividades de la vida diaria.

El uso de escalas de evaluación, más frecuentemente la escala numérica (EN), la escala categórica (CS) y la escala visual analógica (EVA), es necesario para que la enfermería evalúe con precisión el dolor crónico.

Una buena evaluación permite un mejor diagnóstico, lo que posibilita intervenciones de calidad y eficientes.

El dolor crónico y el síndrome de dolor crónico son dos de los diagnósticos de enfermería de la NANDA relacionados con esta patología.

En relación con el dolor crónico, los resultados de enfermería del NOC incluyen, entre otros, control del dolor, nivel de dolor, calidad de vida, conocimientos sobre el manejo del dolor, equilibrio emocional, nivel de fatiga, ansiedad y estrés.

Las siguientes intervenciones de NIC están relacionadas con el dolor crónico: manejo del dolor crónico, manejo de medicamentos, regulación del estado de ánimo, terapia de relajación, escucha activa y mejora del afrontamiento, entre otras.

5 Discusión-Conclusión

En las consultas de atención primaria el dolor crónico es un problema muy común. Por lo tanto, la enfermería en este nivel de atención debe evaluar con precisión el dolor crónico del paciente utilizando las diversas escalas de medición que se utilizan actualmente para desarrollar planes de tratamiento que se adapten a las necesidades del paciente. Atención individualizada que tiene en cuenta todas las necesidades y circunstancias del paciente.

Para lograrlo, la enfermería debe emplear el modelo biopsicosocial, fomentando al mismo tiempo la educación del paciente para ayudarlo a afrontar su autocuidado de forma más activa y alcanzar el máximo nivel de bienestar.

6 Bibliografía

1. Monleón Just, M. (2017). Intervención enfermera en dolor crónico.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 77

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL DRENAJE TORÁCICO: PLEUR-EVAC

MÓNICA CARVALHO RIBEIRO ALVITES

SARA LUQUE MILLÓN

MARÍA LEONOR LOZANO MARTÍNEZ

GEMMA MARÍA DONADO RUBIO DE LA TORRE

MARTA ABAD ABELLÁN

1 Introducción

Un bloque quirúrgico es un lugar que cuenta con las herramientas, el personal y el conocimiento necesarios para realizar cirugías. Son los lugares de los procedimientos quirúrgicos y ocasionalmente reciben asistencia de otros servicios.

Un paciente quirúrgico es una persona a la que se le realiza una cirugía o un procedimiento quirúrgico, ya sea durante el ingreso o en un lugar diferente.

El paciente podrá desplazarse desde su domicilio, centro que ofrezca atención especializada o atención primaria, y siempre seguirá estos pasos:

- Preoperatorio: Durante esta etapa, el paciente se prepara para la cirugía.
- Intraoperatorio: ocurre dentro del quirófano y en el anteoperatorio.
- La cirugía inmediatamente posterior, que puede ocurrir en la unidad de cuidados intensivos (UCI), unidad de recuperación postanestésica (PACU), reanimación o cirugía mayor ambulatoria (MAS).

- Postoperatorio tardío: procedimientos realizados en unidades hospitalarias.
- Atención de seguimiento del paciente, ya sea desde atención primaria o especialista.

Existen varios tipos de cirugías, incluidos los procedimientos urgentes, preferidos y programados.

Los procedimientos se realizan en banco de sangre, sala de emergencias, laboratorio y mediante rayos.

Se debe garantizar en todo momento la seguridad del paciente, la eficacia clínica, la información, el uso adecuado de la medicación y, lo más importante, los cuidados necesarios del personal de enfermería.

2 Objetivos

Conocer cómo los profesionales de enfermería manejan algunos problemas fundamentales relacionados con la atención que debemos brindar a los pacientes inmediatamente después de la cirugía.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.

Las principales bases de datos, Medline, Pubmed y Scielo, han sido objeto de una exhaustiva búsqueda de libros y artículos especializados.

4 Resultados

El objetivo principal de la atención de enfermería durante el período postoperatorio inmediato del paciente es salvaguardarlo, mantener su seguridad hasta que se reviertan los efectos de la anestesia y ayudar a prevenir e identificar cualquier posible complicación.

Un bloque quirúrgico es un lugar que cuenta con los suministros, el personal y el conocimiento necesarios para realizar cirugías. Son los lugares de actividad quirúrgica y ocasionalmente reciben asistencia de otros servicios.

El paciente se recupera tras la intervención quirúrgica y anestesia durante el postoperatorio inmediato, que se extiende desde que finaliza el procedimiento hasta 24 a 48 horas después. Esta actividad generalmente se realiza en unidades de vigilancia posquirúrgica como reanimación (REA), UCI, PACU y CMA.

El personal de enfermería debe controlar y vigilar a los pacientes durante el período de recuperación. Mencionamos específicamente:

- Realice un seguimiento de su temperatura y todos los demás signos vitales.
 - Manejar el dolor del paciente, según sea necesario, con la ayuda de fármacos o analgésicos.
 - Tener en consideración las necesidades psicosociales del paciente y su familia.
 - Control de drenaje, volumen y apariencia.
 - Evaluar la condición neurológica del paciente mediante la observación de sus pupilas, respuestas y movilidad de sus extremidades.
 - Evaluar el estado de la piel y mucosas, buscando cualquier anomalía o reacción.
 - Supervisar el proceso de curación después de la cirugía y, lo más importante, protegerse contra posibles infecciones.
 - Mediante oximetría de pulso o gasometría ayudar al paciente a mantener una ventilación respiratoria adecuada.
 - Fomentar la salud del paciente y una estancia confortable durante este tiempo.
 - Procurar que la persona descanse lo suficiente, evitando ruidos u otras molestias.
- El postoperatorio es el tiempo que transcurre desde que finaliza una intervención hasta que el paciente se recupera para ir a planta.

5 Discusión-Conclusión

Desde el momento en que el paciente ingresa al quirófano hasta aproximadamente 24-48 horas después de la intervención, se considera postoperatorio inmediato.

El tiempo entre la finalización de una intervención y la disposición del paciente para regresar a planta se conoce como postoperatorio.

El postoperatorio inmediato y el postoperatorio tardío son dos categorías dentro del postoperatorio.

El personal de enfermería debe conocer las principales etapas del paciente durante el postoperatorio posterior a la cirugía, así como asegurar su adecuada evolución y progresión.

El postoperatorio inmediato transcurre desde que el paciente entra a la operación hasta unas 24-48 horas después de la intervención.

6 Bibliografía

1. <https://significado.com/postoperatorio>

Capítulo 78

LA ENFERMERÍA Y LA EPIDURAL EN EL PARTO

CRISTINA LOZANO SÁNCHEZ

CELIA ARAGÓN JUNQUERA

CRISTINA GONZÁLEZ GARCÍA

LORENZO ORTEGA NOBLEJAS

MARIA TERESA RODRIGUEZ MARTIN

1 Introducción

Para poder desarrollar este trabajo de investigación, debemos definir algunos conceptos como el de anestesia que es una actividad médica que bloquea con fármacos la sensibilidad de alguna de las zonas del cuerpo del paciente, el especialista que realiza esta técnica es el médico de anestesia que se ha formado en esta área, epidural es un tipo de fármaco anestésico que facilita un parto sin dolor u otras intervenciones quirúrgicas y por último, el parto que es el proceso final del estado de gestación que permite la salida del feto del útero.

Por consiguiente, la anestesia epidural es la técnica que permite la inyección de anestésico local en uno de los espacios medulares para bloquear las terminaciones nerviosas en su salida de la médula espinal. Se utiliza regularmente en los partos con el objetivo de disminuir el dolor y conseguir una recuperación más rápida.

Los avances tecnológicos han logrado que este tipo de anestesia se haya instaurado como un proceso normalizado en los centros sanitarios no sólo ante los partos sino ante otras intervenciones quirúrgicas, facilitando el trabajo de los cirujanos y en este caso de los ginecólogos y matronas.

Este tipo de anestesia se suele administrar en los partos porque el dolor no facilita el trabajo de la madre en el momento del expulsivo, porque uno de los grandes miedos de la gestante es el hecho de sentir dolor afectando el proceso del parto, por lo que con la utilización de este tipo de anestesia estos efectos y pensamientos se tratan de paliar.

2 Objetivos

- Describir los pasos de la correcta administración de la técnica epidural, así como el material necesario para ello desde la labor de la enfermería.

Objetivo secundario:

- Establecer el contexto socio demográfico de las gestantes a las que se les administra anestesia epidural durante el parto.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica acerca del tema tratado en diferentes bases de datos como Cuiden, Enfispo, Cochrane, Scielo y Science Direct. También se consultan diferentes manuales y protocolos, y planes de cuidados de enfermería diseñados por diferentes servicios de salud.

Palabras clave: Anestesia, epidural, parto, enfermería, entre otras.

4 Resultados

Como enfermeras vemos que la utilización de la anestesia epidural en el parto permite el alivio de la sensación de dolor durante el mismo y rebaja el nivel de ansiedad de la madre, facilitando el proceso final de la gestación evitando en muchos casos utilizar técnicas instrumentales como fórceps o ventosas.

Las enfermeras nos encargamos de cuidar a las pacientes que van a dar a luz, por lo que vemos que uno de los grandes miedos es el dolor porque el hecho de tener un hijo ya genera mucha alegría. Por ello, la ciencia enfermera ha visto que el control de ese dolor va a facilitar a la madre el proceso que le viene encima y una

de las grandes incertidumbres del parto se van a paliar con el uso de la anestesia epidural.

Esta sería una de las principales ventajas de la anestesia epidural, pero existen otras que como enfermeras debemos conocer para poder prestar a la futura madre un servicio de calidad:

- El alivio del dolor se produce sin bloquear ninguna de las facultades mentales de la madre para vivir conscientemente este momento.
- La anestesia epidural puede utilizarse durante todo el parto, regulando su intensidad.
- Evita la necesidad de aplicar otro anestésico en caso de que el parto sea instrumental o se realice una episiotomía.
- En caso de que el parto deba acabar finalmente en cesárea, no se aplicará ninguna anestesia adicional, por lo que la madre podrá estar consciente en todo momento.

Entre las actividades que como enfermeras vamos a realizar en el momento de introducir el catéter epidural y mantener dicha anestesia en infusión por bomba son:

- Distraer a la paciente hasta que la anestesia haga efecto que tarda unos 20 minutos después de la punción.
- Ayudar a colocar a la paciente en la posición corporal correcta para la punción lumbar por el anestesista. La punción epidural se puede realizar en una de dos posiciones: acostada de lado, con las rodillas flexionadas al pecho o sentada en la cama, con la espalda flexionada para facilitar la visualización y palpación de las vértebras lumbares que son los puntos de referencia para ubicar el espacio epidural.
- Monitorizar previamente a la paciente.
- Canalizar una vía venosa.

Los fármacos se administran mediante una bomba de perfusión durante toda la duración del parto.

En las últimas décadas, se ha seguido el incremento del número de partos con anestesia epidural, llegando a valores próximos al 100%. Si analizamos la edad de las mujeres que se han beneficiado de este tipo de anestesia, el porcentaje de partos con epidural es inversamente proporcional a la edad de las gestantes.

5 Discusión-Conclusión

Como enfermeras que acompañamos los procesos de las mujeres gestantes durante el proceso de embarazo, debemos de preparar a la paciente sobre este mo-

mento al que todas las mujeres que se enfrente a ello tienen miedo. El hecho de poder tener acceso a la inserción del catéter epidural facilita el trabajo del parto. Como enfermeras debemos vigilar en todo momento el punto de inserción junto a las posibles reacciones adversas que pudiera causarle la anestesia y cuidar del confort de la paciente.

Por ello, debemos formarnos en este tipo de anestesia epidural al ejercer nuestras funciones en las unidades de paritorio y maternidad.

Por último, todo lo expuesto debe ir unido a desarrollar capacidades y habilidades de trabajo en equipo que va a permitir que el proceso del parto sea sin dolor gracias a las técnicas y medios utilizados por la multidisciplinariedad del sistema sanitario.

6 Bibliografía

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000200005

<https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-extraccion-cateteres-epidurales-manual-enfermeras-S0212538219300962>

Capítulo 79

ATENCIÓN ENFERMERA Y EL PARKINSON

CRISTINA LOZANO SÁNCHEZ

CELIA ARAGÓN JUNQUERA

CRISTINA GONZÁLEZ GARCÍA

LORENZO ORTEGA NOBLEJAS

MARIA TERESA RODRIGUEZ MARTIN

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es un trastorno degenerativo del sistema nervioso central donde se produce un aumento en la formación de acetilcolina y una disminución de la producción de dopamina.

Por causas que se desconocen, esta demencia, produce la muerte de las células de la sustancia negra del mesencéfalo, lo cual ocasiona un déficit del neurotransmisor dopamina. La sintomatología inicial aparece tras la pérdida del 80% de la producción de dopamina y es más frecuente en varones, sobre todo a partir de los sesenta años.

La tríada parkinsoniana está formada por un cuadro de bradicinesia, rigidez y temblor en reposo. Además, también afecta a otras regiones del sistema nervioso, provocando otros síntomas no motores que pueden aparecer incluso años antes. Algunos de estos síntomas son la depresión, la reducción del olfato, el estreñimiento y el trastorno de la conducta del sueño en la fase más profunda.

Los cuidados que reciben estos pacientes influyen de manera importante en su calidad de vida, por lo que la atención enfermera al inicio de la enfermedad repercute tanto en el bienestar del paciente como en el de su familia.

El tratamiento del Parkinson consta de dos medidas, el tratamiento farmacológico y las medidas no farmacológicas. El uso de fármacos es primordial para el tratamiento de estos pacientes. Las medidas no farmacológicas tienen como objetivo mantener la mejor calidad de vida en su nueva situación de salud. En este último aspecto es donde las enfermeras participamos más activamente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir y conocer el proceso de atención enfermera en los pacientes con enfermedad de Parkinson.

Objetivo secundario:

- Abordar las medidas eficaces enfermeras para el manejo de la enfermedad de Parkinson.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica acerca del tema tratado en diferentes bases de datos como Cuiden, Enfispo, Cochrane, Scielo y Science Direct. También se consultan diferentes manuales y protocolos, y planes de cuidados de enfermería diseñados por diferentes servicios de salud.

Palabras clave: Parkinson, anciano, demencia, enfermería, entre otras.

4 Resultados

De forma generalizada, cuando la enfermedad de Parkinson se hace presente en un miembro de la familia, los servicios sanitarios comenzarán a realizar un trabajo con el fin de ofrecer unos cuidados que permitan, tanto al paciente como a las personas que conviven con él, una vida lo más normalizada posible.

Este tipo de paciente, a lo largo de su enfermedad, va a tener una serie de ingresos hospitalarios, en lo cuales debemos estar presentes para ofrecer unos cuidados de confort.

Como enfermeras, tanto de los centros de atención primaria como de atención especializada, debemos:

- En primer lugar, se debe realizar una anamnesis del paciente, tanto al ingreso en el hospital como en la primera toma de contacto en la consulta, sobre los síntomas de la enfermedad ya presentes.
- Cuando sea necesario, ingresar y acoger al paciente en la unidad de neurología, donde se hará un estudio de la enfermedad y se administrará el tratamiento oportuno más adecuado a su situación.
- Se debe favorecer la movilidad con ejercicios pasivos y activos.
- Educar al paciente y la familia para prevenir y evitar las caídas.
- Generar un plan de aceptación de la enfermedad y sus posibles problemas.
- Favorecer la autonomía del paciente en la toma de las decisiones.
- Ofrecer dispositivos de ayuda técnica a la hora de comer para favorecer la independencia.
- Proporcionar la ayuda técnica necesaria en el baño y en la higiene del paciente.
- Educar para que la ropa elegida sea fácil de poner y quitarse.
- Aclarar las dudas sobre la enfermedad y corregir los errores que tengan sobre la misma.
- Facilitar los recursos sociales donde puedan recibir apoyos, como centros de día.
- Facilitar que la persona con Parkinson exprese sus sentimientos, tanto en su entorno como con otras personas.

Como vemos, el paciente con Parkinson requiere una serie de cuidados específicos, para lo que los enfermeros debemos estar capacitados, con el objetivo de ofrecer unos cuidados de calidad y el paciente sienta que se siente escuchado y cuidado.

5 Discusión-Conclusión

Para terminar, la aplicación de un plan de cuidados enfermeros estandarizado nos permitirá ofrecer los cuidados necesarios para que el paciente pueda afrontar esa nueva etapa de su vida como enfermo de Parkinson.

En los momentos iniciales tras el diagnóstico, cobran especial relevancia estos cuidados enfermeros, ya que serán fundamentales para ralentizar el progreso de la enfermedad.

Un abordaje de calidad requiere de un plan de cuidados individualizados a la situación personal del paciente, para favorecer su autocuidado con óptima calidad.

Por último, como enfermeras debemos apoyar y ayudar a los pacientes y sus familias en la asimilación de la enfermedad, para que aprendan a convivir con

ella y favorecer una mejor calidad de vida, tanto al paciente como a su entorno cercano y cuidador principal.

6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400171.
2. Manual básico de enfermería en neurología (Coordinadora M^a Isabel Curto Prado).
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-plan-cuidados-el-paciente-con-Parkinson>.

Capítulo 80

PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA ACTUACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

SARA TEJEDA BORJA

NOELIA RAMOS CAMINO

ISABEL MAROTO AVILÉS

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

1 Introducción

La esclerosis lateral amiotrófica, comúnmente y conocida por la población como ELA, es una patología y enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central, que se caracteriza por la muerte progresiva de las neuronas motoras (motoneuronas), tanto en las centrales como en las periféricas, originando, así pues, una rigidez y a consecuencia una atrofia muscular, que afecta a 3 de cada 100.000 habitantes.

Las motoneuronas son referenciadas como células nerviosas que se dilatan y expanden desde el cerebro hasta la médula espinal, como igualmente a todos y cada

uno de los músculos del cuerpo, encargadas y responsables de proporcionar comunicación entre el cerebro y los músculos voluntarios.

Esta patología y enfermedad hace que las neuronas se degeneren, menoscaben o mueran dejando de enviar los necesarios mensajes a los músculos del cuerpo. A su vez, la musculatura, es incapaz de funcionar, ya que se debilitan y se degradan gradualmente causando un gran descontrol en el cerebro, perdiendo la habilidad de poder iniciar y controlar los citados movimientos voluntarios.

Usualmente, los músculos bajo control voluntario se ven muy afectados y el afectado pierde y/o baja el nivel de destrezas como: el habla y lenguaje, deglución, e inclusive la respiración.

Esta patología constituye un inmenso y gran problema para la salud de los que la sufren y soportan debido a su escasa prevalencia, su gravedad y por el importante sufrimiento del que está dotado tanto, así para los afectados como para sus asistentes, cuidadores y/o sus familiares.

Se ve limitada exponencialmente su esperanza de vida, la capacidad tan invalidante y los problemas tanto emocionales como psicológicos que se forjan alrededor de la enfermedad, son aspectos que deben abordarse y manejarse mediante un diagnóstico temprano de la patología, puesto que la (CV) calidad de vida de los que la soportan se ve vulnerada.

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

Javier tiene 35 años, acude a la consulta del médico de atención primaria para realizar una consulta acompañado de su madre con la que vive porque dice que hace más de un mes que tiene problemas con una pierna que hay veces que no le responde, está un poco preocupado porque es mecánico y en alguna ocasión se ha visto en algún apuro porque la pierna no responde a lo que él quiere y se va para otro lado o se mueve sola o se queda quieta, la verdad que le ha ocurrido en seis o siete ocasiones, pero se está preocupando, refiere no haber tenido ningún golpe ni ningún hecho ha ocurrido que pueda ser consecuencia de esta acción.

El médico del centro lo deriva a la consulta del neurólogo. El neurólogo en la entrevista clínica advierte que el paciente también ha perdido algunas nociones

cognitivas, decide realizarle un electromiograma y confirma un diagnóstico en los inicios de Esclerosis Lateral Amiotrófica.

Javier y su familia acuden a terapia cognitiva para alcanzar cuál será el avance de la enfermedad, reciben apoyo de la trabajadora social de la zona, así como de los servicios de salud, acude a un centro diariamente donde trata cognitivamente la memoria, hace ejercicios de psicomotricidad fina y psicomotricidad gruesa y se ejercita con coordinación de las extremidades superiores e inferiores al mismo tiempo que acude a terapia individual para valorar el deterioro cognitivo que progresivamente va teniendo.

Su familia de modo conjunto acude con otras familias a terapia en grupo para empatizar con otros casos y colaborar con los iguales y así ofrecer y poder obtener ayuda de distintos tipos para que la vida diaria sea más llevadera.

4 Discusión-Conclusión

La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad que conlleva un gran esfuerzo para el paciente y para la familia que lo rodea, en un principio supone un impacto inicial que se recomienda que se trate con ayuda psicológica, debe de tener acompañamiento psicológico durante todo el proceso para que se pueda comprender y llevar la enfermedad.

La familia es un pilar fundamental en el enfermo, estos enfermos se deterioran de forma progresiva y estos se convierten no solo en el apoyo es que sin ellos no podrían subsistir porque tienen que cubrir sus necesidades básicas incluso las más elementales para la supervivencia.

Para concluir, se ha demostrado que la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), es una patología y enfermedad todavía muy desconocida que va inhibiendo y menguando a los que la soportan de sus funciones más básicas como son la condición física, o la simple tarea de deglutir alimentos (V.O) vía oral. Por eso se debe adaptar la vida de los pacientes afectados de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) según la situación, etapa y/o el momento en la que se hallen.

5 Bibliografía

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

Capítulo 81

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA ACTUACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

SARA TEJEDA BORJA

NOELIA RAMOS CAMINO

ISABEL MAROTO AVILÉS

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

1 Introducción

Las personas que padecen esquizofrenia, se identifican fundamentalmente por un desorden de la personalidad. Se trata de una enfermedad muy compleja con el inconveniente de no saber distinguir lo que pasa en la vida real de lo que imagina la propia cabeza, a lo que añadimos también la dificultad para poder pensar y actuar y tener una respuesta.

Es considerado un trastorno grave, el que padece ésta enfermedad presenta alucinaciones y delirios que sólo existen en su cabeza, aunque se vive de manera real, en ocasiones pueden llegar a pensar que les quieren hacer daño, incluso autolesionarse, o agredir a los demás. Es muy complicado conciliar este trastorno con un trabajo o incluso siendo imposible llevar una vida cotidiana.

Las personas con esquizofrenia precisan un tratamiento de manera crónica, e ir ajustando la medicación según se precise, por eso es muy importante hacer todas las revisiones con el psiquiatra, para evitar descompensaciones. Es importante descubrir y tratar lo antes posible la enfermedad puede ayudar a aminorar los síntomas, evitando que evolucionen y lleguen a causar complicaciones graves. Esta enfermedad afecta a millones de personas en el mundo, se estima que, más o menos el 1% de la población mundial padece esta enfermedad. Normalmente se declara en adultos jóvenes.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en describir un caso clínico por parte de enfermería para exponer el diagnóstico de la enfermedad.

3 Caso clínico

Fernando es un varón de 23 años, actualmente cursa la licenciatura de ingeniería electrónica en una universidad a 200 km de su domicilio. Sus padres acaban de recibir una llamada, Fernando lleva días sin acudir a clase y en el piso donde se aloja no saben nada de él, sus compañeros están fuera por Erasmus y se encuentra solo, los padres se desplazan al domicilio y lo encuentran debajo de la mesa de su cuarto rodeado de montones de bolas de papel de aluminio, en condiciones deplorables y con sus necesidades en un cubo, en un barreño tiene agua de donde se supone que está bebiendo y tiene dulces y cereales para comer debajo de la mesa.

Fernando dice que le atacan los demonios del universo interestelar y que quieren acabar con él, que le están diciendo a voces que van a matarle y que la plata es su única salvación porque así intercepta las señales, los padres son incapaces de convencerles de que salga de debajo de la mesa y tienen que llamar a una ambulancia y tras sedación lo llevan a urgencia del hospital más cercano, tras permanecer ingresado en la planta de psiquiatría y tras exploración por parte del equipo de psiquiatría y tras varias pruebas de imagen neuronales y descartando cualquier enfermedad clínica se realiza un debut esquizofrénico.

Fernando tras la incredulidad de los hechos relatados, no se acuerda de nada, solo tiene dolor de cabeza y su habla es desordenado, se le pauta farmacología para controlar las alucinaciones y acude regularmente a terapia junto con su familia para poder sobrellevar la enfermedad, se ve incapacitado para terminar sus estudios y se incapacita por la fuerte medicación que toma.

4 Discusión-Conclusión

La investigación en este ámbito ha avanzado mucho, y tanto con el paciente como con la familia, son claves para seguir avanzando. Esta enfermedad no tiene cura pero con la medicación idónea se podría llevar a cabo una vida medianamente normal, si vamos incluyendo las terapias y la educación familiar, son puntos esenciales para la rehabilitación y capacidad personal del enfermo. En todo momento, intentaremos que el enfermo se sienta integrado y atendido.

La esquizofrenia una vez que debuta tiene dos vertientes opuestas, la medicación es muy beneficiosa, esta controla los síntomas de alucinaciones que posee el paciente tanto auditivas como visuales que pueden llegar a ser peligrosas para el paciente y para los que los rodean, este tipo de medicación antipsicótica tiene unos efectos secundarios bastante fuertes de deterioro cognitivo en el paciente, falta de memoria y necesita de mucho esfuerzo por parte del enfermo y de sus familiares para que se pueda tener un mínimo de calidad de vida diaria, en estos pacientes se hace necesario el control de la medicación por terceros y el acceso a determinados controles y las terapias.

5 Bibliografía

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

Capítulo 82

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA ACTUACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA SARCOPENIA

CRISTINA MEJÍA SÁNCHEZ

SARA TEJEDA BORJA

NOELIA RAMOS CAMINO

ISABEL MAROTO AVILÉS

MARIA ESTRELLA DIAZ CASAS

1 Introducción

La sarcopenia es un trastorno geriátrico multifactorial que provoca discapacidad, pérdida de autonomía y mayores tasas de mortalidad en la población geriátrica. Se caracteriza por una disminución de la masa muscular acompañada de una disminución de su funcionalidad.

El propósito de este manuscrito es realizar una revisión bibliográfica de los criterios diagnósticos de sarcopenia propuestos por diversas organizaciones internacionales, analizando los distintos enfoques nutricionales y estilos de vida que se investigan actualmente. La pérdida de masa y fuerza muscular con el tiempo y en muchas áreas se conoce como sarcopenia.

Esta condición, teniendo en cuenta lo diverso que es este grupo, es muy frecuente en las personas mayores. La prevalencia documentada varía, ampliamente, del 12 al 70% de la población anciana. La sarcopenia está relacionada con un mayor riesgo de caídas, fracturas de huesos, discapacidad y una menor calidad de vida. Es por esta razón, que se produce un bajo rendimiento físico, baja fuerza muscular y baja calidad muscular. La intervención dietético nutricional y el ejercicio se combinan en el tratamiento de la sarcopenia. Una dieta antiinflamatoria, rica en antioxidantes, isocalórica e hiperproteica. Los suplementos de leucina y vitamina D ayudarán tanto con la prevención como con el tratamiento.

La sarcopenia se caracteriza por la disminución de tres aspectos asociados a la masa muscular: cantidad, fuerza y funcionalidad, lo que hace fundamental la medición o cuantificación de los mismos, considerando que en algunos casos no se presenta una disminución de peso o del índice de masa corporal (IMC) debido a un incremento en la masa grasa, condición a la que se le denomina obesidad sarcopénica, la cual se ha asociado a un incremento en la mortalidad.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en describir un caso clínico por parte de enfermería para exponer el diagnóstico de la enfermedad.

3 Caso clínico

Pablo tiene 71 años, acude al médico porque tiene frío, siempre tiene frío y su mujer le ha llamado la atención en varias ocasiones, porque dice que a pesar de que es invierno y entiende que está siendo un invierno frío, que tiene la calefacción de la casa a 28 grados porque no se puede subir más, que tiene ropa interior térmica, y forro polar para estar en casa, se niega a salir en casa y se pasa los días enteros que no sale ni siquiera a comprar el pan, todo el día tiene frío, todo el que entra en casa se queja de no se puede mantener esa temperatura dentro del domicilio y que algo le pasa a Eugenio que no es normal, se está volviendo torpe, ellos duermen en la habitación de arriba y tarda más de media hora en subir las escaleras y además le está ocurriendo una cosa rara, la ropa le queda grande, pero no ha bajado de peso, pero si parece que está como más delgado.

El médico de su centro de salud lo deriva al geriatra que lo hace una exploración exhaustiva, comprueba con la entrevista de evaluación en la que acude con su mujer que no controla su temperatura corporal y que ha perdido masa corporal, pero no ha perdido peso, el movimiento del paciente se está enlenteciendo, se

le realizan distintos test de cociente intelectual y se comprueba que su memoria, emoción, sentimientos y distintas funciones cognitivas tienen un deterioro propio de la edad, pero las mantiene conservadas por lo que se descarta cualquier tipo de demencia, se le realiza pruebas de imágenes neurológicas con resultados negativos de enfermedad confirmando el diagnóstico de sarcopenia para el que no existe un tratamiento médico exceptuando la fisioterapia.

4 Discusión-Conclusión

La prevalencia de la enfermedad en adultos mayores va a depender del criterio que se haya utilizado para diagnosticarla. Son varios los autores que coinciden en un aumento de la prevalencia en aquellos adultos mayores de más de 80 años. Son millones las personas que a nivel mundial padecen sarcopenia.

La sarcopenia es una enfermedad propia de la edad sin tratamiento, tiene una continuidad en la que la intervención es del fisioterapeuta en el gimnasio, la recomendación de acudir de estos enfermos al centro de día se hace fundamental para que no se deterioren, aunque pueden llegar a recuperar algo de masa corporal, no en su totalidad, como mucho un 30% si su edad no es muy tardía y si la enfermedad se diagnostica temprana, el esfuerzo del paciente de forma diaria puede hacer que su deterioro se retrase de forma paulatina y pueda seguir manteniendo la independencia durante un tiempo más prolongado con la consecuente prolongación de la calidad de vida diaria que conlleva.

5 Bibliografía

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

Capítulo 83

NEUMOTÓRAX: TIPOS. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES QUE PORTAN UN DRENAJE TORÁCICO TIPO PLEUR-EVAC

CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA

ELENA CUENCA SÁNCHEZ

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

RAQUEL HERVÁS DÍEZ

MERCEDES HONRADO PRADILLO

1 Introducción

El neumotórax es un colapso pulmonar. El colapso pulmonar puede ser parcial o completo.

El neumotórax puede ser abierto, si el aire se filtra en el pecho a través de una herida abierta que afecta a la pared torácica o cerrado, cuando la pared torácica está intacta.

Los factores de riesgo es el sexo, ya que los hombres tienen más probabilidades de sufrirlo, sobre todo, si la persona se encuentra entre los 20 y 40 años, si la complexión de la persona es delgada y alta también es más probable. El tabaquismo aumenta dicha probabilidad, la genética también influye y el haber padecido un neumotórax previo también aumenta el riesgo de sufrirlo posteriormente.

El paciente que está sufriendo un neumotórax refiere dolor pleurítico homolateral, que puede ser agudo o crónico, dicho dolor aumenta con los movimientos respiratorios profundos y con la tos.

Este dolor se alivia respirando superficialmente y con la inmovilización. En el neumotórax de pequeño tamaño, a menudo, se observa que el paciente presenta taquicardia y una hipotensión arterial sistémica.

Algunas de las pruebas complementarias que se realiza al paciente son radiografías, gasometrías arteriales y electrocardiogramas.

El objetivo principal a cumplir con este paciente es reexpandir el pulmón afectado sin desarrollar muchas complicaciones, evitar que vuelva a aparecer una vez tratado y tratar los síntomas.

Las complicaciones del neumotórax y de su tratamiento son la aparición de edema pulmonar, hemo-neumotórax por laceración de un vaso, neuralgia intercostal y neumomediastino y enfisema subcutáneo.

El tratamiento del neumotórax es la observación, proporcionar oxígeno al paciente, repetir radiografías para ver que el neumotórax no vaya a más, y si esto sucede hay que colocar al paciente un drenaje de pequeño calibre, el cual se retirará cuando el pulmón se haya reexpandido y no exista fugas de aire, o valorar la indicación quirúrgica.

Los principales tipos de neumotórax son:

1. Espontáneo, se produce sin motivo aparente o repentinamente. Puede ser simple o complejo (por alguna enfermedad pulmonar existente en el paciente (EPOC, fibrosis quística, cáncer de pulmón, neumonías))
2. Traumático (causado por una contusión o una lesión penetrante en el pecho (como alguna agresión física, accidentes de automóviles))
3. Iatrogénico (debido a algún procedimiento médico, como la inserción de alguna aguja o catéter en el pecho), el uso de ventilación mecánica.
4. A tensión: Se produce cuando en el espacio pleural se acumula aire bajo una presión, comprimiendo los pulmones y causando que disminuya el retorno venoso al corazón. La presión en el espacio pleural supera a la presión de la atmósfera.

El aire entra en la cavidad pleural y no se le permite la salida de este debido a una lesión pulmonar o a la pared torácica.

Es una urgencia, requiere tratamiento inmediato, ya que los signos y síntomas que presenta el paciente con un neumotórax a tensión son a priori disnea severa, taquipnea, cianosis, sudoración, dolor torácico pleural, sufriendo una hipotensión, desviación de la tráquea y distensión de las venas del cuello conforme vaya aumentando la presión intratorácica.

El hemitórax afectado es hipersonoro a la percusión y, a menudo se encuentra algo distendido, tenso, y no muy compresible a la palpación.

Por lo general, el tratamiento del neumotórax consiste en introducir entre las costillas una aguja o sonda pleural para eliminar el exceso de aire.

El tratamiento del neumotórax a tensión es la descompresión torácica con una aguja de un calibre grande, como el catéter de calibre 14G o 16G, en el segundo espacio intercostal en la línea media de la clavícula. Esto provoca la salida del aire, causando un neumotórax simple, que para solucionarlo se debe colocar un tubo de toracotomía.

- El material necesario para la colocación del tubo de tórax es:

Desinfectante, empapador, guantes estériles, bata, gorro y mascarilla, gasas, jeringas de 10cc, agujas intramusculares y subcutáneas. Anestésico local (lido-caína, mepivacaína, etc.)

Hoja de bisturí, pinza de Kocher, de disección, porta-agujas y tijeras estériles. Sutura (seda)

Tubos de tórax: número 20, 24 o 28. Drenaje torácico, sistema de vacío. Apósitos para la incisión.

Contenedor para elementos punzantes.

Si hay muestras para enviar a laboratorio, prepararemos frascos de anatomía.

- La técnica para realizar la colocación del catéter sería, lo primero, monitorizar para conocer las constantes del paciente, administraremos la anestesia local en la zona del punto de inserción del catéter.

Se realizará la toracocentesis y toma de muestras para citología y microbiología.

Se hará la incisión en la piel de 1 o 2 cm, después con la pinza de Kocher se abre la pleura parietal y se introduce el drenaje suavemente.

Se conectará el drenaje y se verificará la oscilación de la cámara del sello de agua.

Por último, se fijará el punto y se realizará la cura de forma estéril con gasas y apósitos, evitando el acodamiento del tubo.

- Los cuidados de enfermería que se llevarán a cabo en el paciente con neumotórax portador de un drenaje torácico (tipo Pleur-Evac) será:

- . Revisar siempre las conexiones, vigilando la cámara de sello de agua.

- . Controlar la permeabilidad del tubo.

- . Mantener el sistema de drenaje vertical y por debajo del nivel del tórax.

- . Observar al paciente, controlar los signos y síntomas.

- . Medir la cantidad y observar las características del líquido drenado.

- . Cura diaria del punto de inserción de manera estéril.
- . No pinzar el tubo, excepto para cambiar la unidad del drenaje, intentar localizar una fuga aérea o valorar la retirada del mismo.

2 Objetivos

- Conocer las causas por las que se produce un neumotórax.
- Identificar los signos y síntomas que causa la aparición de un neumotórax en el paciente.
- Explicar qué es un drenaje torácico.
- Exponer los cuidados de enfermería que se llevarán a cabo en el paciente con neumotórax portador de un drenaje torácico.

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, seleccionando aquellas de mayor valor científico y procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El neumotórax a tensión es una urgencia médica que requiere tratamiento rápidamente, ya que existen fugas de aire en el espacio entre la pared torácica y los pulmones.

Este aire empuja en el exterior del pulmón y lo hace colapsar. Normalmente, solo una porción del pulmón se colapsa.

Es importante conocer el tratamiento adecuado de este tipo de pacientes, puesto que peligra su vida.

Debemos reconocer los signos y síntomas que nos alertan que estamos ante la presencia de un neumotórax.

Tranquilizar al paciente y proporcionarle un ambiente adecuado para su situación.

Como personal sanitario, debemos tener preparado en el box de enfermería un kit completo, que porte todo el material necesario para realizar la colocación del

tubo de drenaje si fuese necesario, para de este modo ahorrar el máximo tiempo posible.

Conocer el funcionamiento del drenaje torácico tipo Pleur-Evac, que lo que hace es drenar el líquido o aire del espacio pleural, restableciendo así la presión pleural y permitiendo la dilatación del pulmón colapsado.

Son varias cámaras las que forman parte del pleurevac:

- Cámara de recolección, que permite la recogida de aire o líquido.
- Cámara central, que actúa como sello de agua, se llena con agua estéril unos 2 cm, que marca el nivel de llenado. Esta cámara permite la salida de aire del espacio pleural y evita que sea aspirado. Existe un tinte azul que al mezclarse con el agua nos permite observar las fugas de aire, valorando el nivel del agua.
- Cámara reguladora, regula el vacío y controla la aspiración, se llena unos 20 cm y se cierra el tapón. El nivel del agua determina el grado de aspiración.
- Unidad de drenaje, la cual incluye una válvula automática que baja la presión y protege al paciente de la presión negativa que puede generarse.
- Diafragmas de autosellado, por donde sacar los líquidos o el exudado de las cámaras.

Debemos anotar fecha de inicio del drenaje.

El pleur-evac debe estar siempre en posición vertical, situado en el lateral de la cama hacia los pies, sin hacer presión en el tubo.

No debemos elevar el pleur-evac por encima del paciente, ya que el líquido ya drenado volverá a entrar en la cavidad pleural.

Vigilar los niveles de agua de las distintas cámaras.

Vigilar la presencia o ausencia de fluctuaciones en la cámara de sello de agua, por el hecho de que esta debe fluctuar cuando el paciente inspira o expira. Si no hay fluctuación, puede deberse a que el sistema de drenaje está obstruido, o está acodado. Si no hay fluctuaciones, el tubo puede estar colocado en el mediastino. Si hay un burbujeo continuado en la cámara de sello de agua puede deberse a que haya una fuga de aire dentro del tórax o fuera en el sistema de drenaje. Debemos comprobar las conexiones, si hay grietas en el drenaje o si el tubo está colocado fuera del tórax.

Vigilar la cantidad y el aspecto de lo drenado que hay en la cámara colectora.

Marcar en el pleur-evac el volumen de drenaje a intervalos regulares, diarios.

Cambiar apósitos cada 24 horas.

Los tubos nunca deben estar pinzados, ya que se puede producir un neumotórax a tensión.

Si el paciente ha sido intervenido con una neumectomía, nunca se debe ejercer aspiración porque las estructuras se desplazan al lado contrario.

Vigilar en todo momento el estado respiratorio del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El neumotórax es una emergencia médica que requiere una actuación diagnóstica y terapéutica del médico rápida para que el paciente pueda sobrevivir.

Es de vital importancia que el equipo de enfermería y todos los profesionales que atienden al paciente conozcan los cuidados principales de una paciente que sufre un neumotórax.

Debemos abordar el tratamiento adecuado y colaborar con el todo equipo sanitario para favorecer una pronta mejoría y recuperación del paciente.

Ofreceremos al paciente un ambiente tranquilo, escucha activa y resolveremos todas las dudas que tenga el paciente.

Le explicaremos al paciente los procedimientos llevados a cabo, para disminuir en lo posible la ansiedad y angustia que esta situación pueda generar.

Es importante como personal de enfermería tener claro y conocer el funcionamiento de los drenajes torácicos, tipo Pleur-Evac, ya que constan de varias cámaras, y su uso puede ser a priori complejo.

6 Bibliografía

1. Thomas G. Weiser , MD, MPH. Stanford University School of Medicine. Neumotórax (A tensión). [Internet]. Manual MSD. Versión para profesionales. [revisado/modificado 2022] [Consultado el 19 Sept 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismo-tor%C3%A1lico/neumot%C3%B3rax-a-tensi%C3%B3n>.
2. Clínica Universidad de Navarra. Neumotórax. [Internet] [Consultado el 20 Sept 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/neumotorax>.
3. Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) [Internet] 5.^a edición. 2021 [Consultado el 20 Sept 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/pneumothorax/symptoms-causes/syc-20350367>.
4. Serrano Carmona, José Luis ; Luna Aljama, José ; Parra Moreno, María Dolores. Cuidados de enfermería en el neumotórax. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. [Internet] 2016. [Consultado el 21 Sept 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-neumotorax/>.

5. Rodrigo Ricardo. Neumotórax: tipos y causas. [Internet] Estudiando. 2020. [Consultado el 22 Sept 2023]. Disponible en: <https://estudyando.com/neumotorax-tipos-y-causas/>
6. García García, Mari Carmen. Cuidados de enfermería en el drenaje torácico. Pleur-Evac. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. [Internet] 2016. [Consultado el 23 Sept 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-drenaje-toracico-pleur-evac/>.

Capítulo 84

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

ISABEL VILLANUEVA FERNÁNDEZ

BLANCA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

LIDIA GARCÍA CHARRO

LAURA GARCIA CALVO

NADIA CÁRCABA PÉREZ

1 Introducción

Esta revisión trata sobre los cuidados de enfermería en pacientes que presentan traumatismo-cranioencefálico (TCE) grave.

Es una de las patologías que más secuelas irreversibles deja en pacientes y por ello conlleva un mayor gasto público.

Existen múltiples situaciones que provocan que se produzca un TCE, pero todas ellas lesionan y afectan al encéfalo medula espinal, las cuales forman el sistema nervioso central, principal afectado.

Las características más propias de los pacientes que se ven afectados por esta patología es el sexo masculino, y edad joven.

-Clasificación del TCE

El traumatismo craneoencefálico (TCE) se clasifica en función de su gravedad en tres categorías principales: leve, moderado y grave. Esta clasificación se basa en la escala de coma de Glasgow (ECG), que evalúa la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora del paciente.

El TCE se clasifica en:

***Traumatismo Craneoencefálico Leve - Puntuación en la ECG de 13-15.**

El paciente puede estar consciente o experimentar una breve pérdida de conciencia.

Los síntomas pueden incluir amnesia, confusión, cefalea y mareos.

El paciente generalmente se recupera completamente con el tiempo.

***Traumatismo Craneoencefálico Moderado:**

Puntuación en la ECG de 9-12.

El paciente a menudo experimenta una pérdida de conciencia más prolongada.

Puede haber déficits neurológicos temporales o permanentes.

Requiere evaluación médica y tratamiento adecuado.

***Traumatismo Craneoencefálico Grave:**

Puntuación en la ECG de 3-8.

El paciente está inconsciente y puede requerir asistencia respiratoria. Hay un alto riesgo de discapacidad neurológica grave o muerte. Requiere atención médica inmediata y, en muchos casos, cirugía.

Además de esta clasificación, los TCE pueden dividirse en dos tipos principales: cerrados (sin fractura del cráneo) y abiertos (con fractura del cráneo y exposición del tejido cerebral). Cualquier TCE debe ser evaluado por un profesional médico para determinar su gravedad y planificar el tratamiento adecuado.

La etiología (causa) y los factores de riesgo para el traumatismo craneoencefálico (TCE) pueden variar ampliamente, pero aquí te proporcionaré una descripción general.

2 Objetivos

- Describir los cuidados de enfermería en pacientes que presentan traumatismo craneoencefálico grave.
- Describir el tipo de intervenciones que debe de realizar el personal de enfermería.
- Describir el tipo de traumatismo craneoencefálico según su gravedad.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión crítica de literatura existente con el objetivo conocer los cuidados de enfermería necesarios para la atención sanitaria plena en un paciente que presente TCE grave.

Para la búsqueda se han empleado bases de datos electrónicos (crochrane, pubmed, y scielo).

Las palabras clave empleadas para realizar la búsqueda bibliográfica se muestran en la Tabla 2 fueron combinadas mediante operadores booleanos (AND), mostrando las combinaciones en la tabla 2.

Las búsquedas se realizaron por un único investigador entre los meses de Julio-Agosto, y se repitieron durante los meses de Agosto-Septiembre.

-Criterios de inclusión: Se utilizaron artículos que fuesen posteriores a 2002, que hablen sobre el traumatismo cráneo encefálico y los cuidados de enfermería. Que los sujetos estudiados sean pacientes de edad adulta y ambos sexos que presenten estrictamente traumatismo craneoencefálico grave.

-Criterios de exclusión: Se excluyeron artículos anteriores al año 2002, que hablen sobre TCE en pacientes de pediatría, artículos que nombren otro tipo de traumatismos.

4 Resultados

Para el desarrollo de esta revisión crítica se realizó una búsqueda bibliográfica que generó un total de 152 artículos. Se excluyeron 120 tras revisar títulos y resúmenes por no aportar información relevante en referencia al tema. De los 32 previamente seleccionados, se excluyen 14 por ser menos relevantes, con un resultado final de 18 artículos.

EVOLUCIÓN Y MONITORIZACIÓN

La exploración neurológica permite ver la variación en el estado del paciente, además de realizar una estimación inicial del daño en el paciente y un punto de partida para comenzar a realizar los cuidados pertinentes.

Inicialmente, nos fijaremos en dos aspectos para la evaluación inicial que son; conciencia y pupilas.

La observación y evaluación realizada por el personal de enfermería es fundamental para detectar posibles complicaciones.[2]

VALORACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA:

Para valorar el estado de conciencia de los pacientes se utiliza una escala denominada Escala de coma de Glasgow (ECG).

Esta escala se basa en tres conceptos fundamentales o parámetros: apertura de ojos, respuesta verbal y respuesta motora.

La puntuación mínima es de 3 puntos, y su máxima es de 15.

EXPLORACIÓN DE PUPILAS

Cuando se realice la exploración de las pupilas tendremos en cuenta la simetría, la luz existente y el tamaño.

La exploración pupilar es una tarea que se realiza continuamente en varias ocasiones durante la observación del paciente.

Las guías actuales de “Brain Trauma Foundation”, refieren que es recomendable observar pupilas tras establecimiento del paciente. Para su exploración se debe tener en cuenta medicación o sustancias que haya podido tomar previamente el paciente, ya que opiáceas, drogas de abuso, benzodiacepinas y múltiples sustancias pueden intervenir en la estabilidad pupilar.

Monitorización neurológica y signos de deterioro

Se monitorizará al paciente neurológicamente cuando se encuentre en estado crítico, existiendo diferentes técnicas de para la prevención o detección de lesiones. Siendo significativas durante la intervención terapéutica del paciente.[6]

Utilizaremos una serie de valores o parámetros para controlar y monitorizar a un paciente que presente TCE.

Dichos parámetros son:

- Presión intracraneal (PIC)
- Oxigenación cerebral
- Metabolismo cerebral: Microdiálisis cerebral

Monitorizar la PIC:

Esta presión se define con la fuerza que el encéfalo, sangre y LCR, crean sobre el cráneo.

Sus valores normales se establecen en 15mmHg o inferiores.

Este parámetro debería de monitorizarse con todos los pacientes que presenten un TCE grave (EGC <8).

Este parámetro se monitoriza mediante dos métodos, a través de un sensor, bien sea el intraparenquimatoso o el intraventricular. Siendo el intraventricular una medición de mayor fiabilidad permitiendo administración de medicación y drenaje de LCR, aunque debido a su dificultad para colocarlo, se utiliza en mayor medida el intraparenquimatoso.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de enfermería desde el inicio de la atención sanitaria a un paciente con TCE es fundamental.

Pero para ello es muy importante una formación completa y extensa por el personal de enfermería.

Se ha demostrado en todos los estudios que una buena praxis de enfermería durante la atención a los pacientes con TCE grave mejora la morbi-mortalidad y con ello, la calidad de vida a lo larga.

Todos los artículos revisados concuerdan en el mismo tipo de cuidados de enfermería en este tipo de pacientes, y en la importancia de que se deban de realizar correctamente.

CONCLUSIONES

1. Los cuidados de enfermería son fundamentales para la mejora del paciente con TCE crítico.
2. Los cuidados de enfermería y la buena praxis mejoran la calidad de vida del paciente.
3. Es fundamental contar con un personal de enfermería bien dotado para el cuidado de los pacientes críticos.
4. La buena praxis demuestra que los pacientes tienen menor número de secuelas tras un TCE grave.
5. Los cuidados de enfermería durante el paciente crítico previenen Úlceras Por Presión (UPP). Sería conveniente establecer una guía práctica enfocada al personal de enfermería.
7. El TCE es una de las enfermedades que mayor número de secuelas deja.

6 Bibliografía

1. Brain Trauma Foundation, American Association of Neurological Surgeons, Congress of Neurological Surgeons, Joint Section on Neurotrauma Critical Care, AANC, CNS: Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. VII. Intracranial pressure monitoring technology. Journal of Neurotrauma 24 Suppl 1:S45-54, 2007.
2. Sahuquillo J: Does multimodality monitoring make a difference in neurocritical care? Eur J Anaesthesiol Suppl 42:83-86, 2008.
3. Park E, Bell JD, Baker AJ: Traumatic brain injury: Can the consequences be stopped? CMAJ 178:1163-1170, 2008

4. Poca MA, Sahuquillo J, Mena MP, et al. Actualizaciones en los métodos de monitorización cerebral regional en los pacientes neurocríticos: presión tisular de oxígeno, microdialisis cerebral y técnicas de espectroscopia por infrarrojos. *Neurocirugía*. 2007; 16:385-41
5. Adams JH, Doyle D, Ford I, et al. Diffuse axonal injury in head injury: definition, diagnosis and grading. *Histopathology* 1989; 15:49-59
6. Brain Trauma Foundation, American Association of Neurological Surgeons, Congress of Neurological Surgeons, Joint Section on Neurotrauma Critical Care, AANC, CNS: Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. VII. Intracranial pressure monitoring technology. *Journal of Neurotrauma* 24 Suppl 1:S45-54, 2007

Capítulo 85

APLICACIÓN DE LA TELEMEDICINA (TM) EN URGENCIAS

BLANCA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

ISABEL VILLANUEVA FERNÁNDEZ

NADIA CÁRCABA PÉREZ

LIDIA GARCÍA CHARRO

LAURA GARCIA CALVO

1 Introducción

La TM se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “aportar servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por cualquier profesional de la salud, usando las nuevas tecnologías de la comunicación para el intercambio válido de información en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades o lesiones, investigación y evaluación, y educación continuada de los proveedores de salud. Todo esto con el interés de mejorar la salud de los individuos y sus comunidades”.

No se cuenta con una fecha exacta de la creación de la TM, pero se estima que empezó a surgir en torno a los años 60, junto con otras tecnologías. En la primera fase de creación de la TM se reflejaron las barreras que ofrecían las tecnologías de la época, pero aun así se demostraron ventajas. La segunda fase de la TM comienza cuando se introduce el término “telemedicine” en el MESH, en el año

1993 y llega hasta la actualidad. El TATRC (Telemedicine and Advanced Technology Research Center) es el centro más innovador y más avanzado en la telemedicina del mundo.

Esta herramienta hace referencia a la aplicación de las tecnologías de la comunicación a la información y servicios médicos. En ella se pueden incluir todos los aspectos de la práctica médica a distancia realizada con ayuda del teléfono, fax, correo electrónico o videoconferencia; incluso la aparición de wearables como relojes inteligentes supone un progreso dentro de dicho ámbito. Una de las grandes intervenciones desde sus inicios es la especialidad de cardiología. Ya en 1994 se comenzó a realizar la transmisión de ECG (electrocardiogramas) utilizando el mismo sistema que el fax, siendo de una calidad bastante elevada y permitiendo así que estos pudiesen ser valorados por otros expertos. A nivel de neurología, el primer campo de actuación de la TM fue la intervención y diagnóstico precoz en los casos de ictus isquémico. Su importancia se remonta a la epidemiología de la propia enfermedad, encabezándola como la primera causa de muerte y de invalidez en España.

Cabe destacar que no solo es importante la TM implantada en dispositivos, sino también su uso en las consultas a distancia. En el caso de Estados Unidos en el año 2001 se realizó un estudio en el que se impartieron consultas de psiquiatría a distancia (telepsiquiatría). Se obtuvieron muy buenos resultados de calidad, ayudando en situaciones en las que por logística es complicado realizar consultas presenciales, como puede ser un avance en los centros penitenciarios. Su utilidad en la actualidad cobra especial sentido cuando se intenta acoplar a patologías de gran impacto en la calidad de vida de la población. En el caso que nos compete en este trabajo, a aquellas que suponen una urgencia o emergencia.

En pleno Siglo XXI, la irrupción de la pandemia por la COVID-19 fomentó el crecimiento de la TM, reduciendo la exposición de los pacientes y de los profesionales sanitarios al virus. Esta atención telemática permitió una disminución del uso de equipos de protección individual así como una mejoría en el control y la clasificación de pacientes positivos en SARS-CoV-2 consiguiendo una menor tasa de visitas presenciales en los servicios de urgencias. Este nuevo formato de consulta que tanto agilizó la asistencia en un periodo en el que primaban inicialmente el caos, la escasez de recursos y en el que las tecnologías se convirtieron en una de las pocas formas de comunicación, es hoy en día una herramienta aplicable a las principales patologías tiempo-dependientes, de riesgo vital y de riesgo de reagudización. Es por esta razón que su uso, gracias a los avances tecnológicos, debería de comportar otra de las prioridades de nuestro Sistema Sanitario.

No sólo permite una respuesta más rápida a las distintas demandas de la

población, sino que contribuye a la creación de un plan de actuación más estructurado, más eficiente, más fácil, con posibilidad de reproducibilidad, de uniformidad y de crear un lenguaje común que unifique los criterios de intervención. Todo ello extrapolable tanto a la atención prehospitalaria, como a los servicios de urgencias hospitalarias y la fase posthospitalaria.

2 Objetivos

Analizar la aplicabilidad de la telemedicina en la atención a las urgencias y emergencias.

Describir las técnicas de la telemedicina aplicables en urgencias.

Valorar la aplicabilidad de la telemedicina en el Sistema Nacional de Salud.

Analizar la eficacia, efectividad y seguridad de la aplicación de la telemedicina en los servicios de urgencias.

Valorar la repercusión de la telemedicina en la organización sanitaria y salud poblacional.

Analizar aspectos éticos y legales de la telemedicina.

3 Metodología

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica sobre la aplicación de la TM en el servicio de urgencias y emergencias, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario.

En primer lugar, se utilizaron las bases de datos relacionadas con las Ciencias de la Salud más adecuadas para el contenido, siendo seleccionadas PubMed, Scielo y Dialnet. A su vez se realizaron búsquedas manuales en fuentes externas de modo que se han podido revisar más artículos, y una revisión del Boletín Oficial del Estado.

En cuanto a la estrategia de búsqueda, las palabras clave fueron: “telemedicina”, “ictus”, “aplicabilidad”, “telemedicine”, “ética”, “aspectos legales”, “atención sanitaria”, “covid-19”, “teleictus”, “emergency”, “telehealth”, “application”, “emergency department”. Se utilizó el operador booleano AND para unir términos y encontrar resultados que contengan ambos descriptores, adaptando la estrategia a las diferentes bases de datos.

Al ser técnicas novedosas no se acotó la búsqueda a términos nacionales, sino que se revisó bibliografía compartida desde diferentes países para mostrar la globalidad de aplicaciones que puede aportar esta ciencia a los sistemas sanitarios.

Los resultados obtenidos tras la búsqueda bibliográfica fueron un total de 1804 artículos. Tras lectura de título y resumen se preseleccionaron 170, los cuales se revisaron a texto completo. Se incluyeron en la revisión un total de 14 artículos. A mayores se incluyeron 5 artículos encontrados en búsqueda manual, otros 7 que se encontraron a partir de la bibliografía de otros artículos y un Real Decreto relacionado con el tema. Así el total de artículos incluidos en la presente revisión ha sido de 25.

Los criterios de inclusión y exclusión de artículos han sido los mismos para todas las búsquedas bibliográficas a excepción de 5 de ellos anteriores a 2012, que por su relevancia se decidió incluir en la presente revisión.

Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos de acceso libre a texto completo.
- Idiomas seleccionados inglés, español y portugués.
- Artículos que hicieran referencia a la aplicación de la TM en el ámbito de las urgencias y emergencias, a la eficacia/efectividad/seguridad, la repercusión y al marco legal de la misma.
- Artículos publicados entre 2013-2022

Los criterios de exclusión fueron:

- Publicaciones que no se encuentren a texto completo.
- Artículos sobre la aplicación de la TM en ámbitos que no tienen relación con los servicios de urgencias y emergencias.

4 Resultados

1. Técnicas de la telemedicina aplicables al servicio de urgencias

La TM es un recurso que añade valor al sistema sanitario y que tiene diversidad de utilidades, las cuales pueden ser de gran ayuda mejorando así la asistencia ofrecida por los diferentes centros sanitarios.

En concreto, el Sistema Nacional Único de Salud de Brasil implementó este recurso a raíz de la pandemia mundial causada por la COVID-19, y definió varias aplicaciones que podrían ser extrapoladas al ámbito de urgencias y emergencias para otras patologías en el entorno post-pandémico:

- Telemonitorización: monitorización a distancia de constantes vitales y otros parámetros, así como recopilación de historial clínico, traspaso y uso de la información.
- Telediagnóstico: apoyo diagnóstico mediante las TICS, independientemente de la situación geográfica del problema de salud. Por ejemplo: telerradiología, teleECG y tele-espirometría.

- Telerregulación: organización de las actividades y las necesidades asistenciales de forma eficiente, lo que permitiría reducir la espera de la atención especializada.
- Enlace de teleconsulta: consulta de procedimientos clínicos, relacionadas con el propio proceso de trabajo y cuestiones sanitarias.
- Teletriaje: método de clasificación directa de los pacientes previo a su llegada a los servicios de salud. Su uso inicial estaría destinado a la derivación hospitalaria de aquellos casos más graves de COVID-19 y la derivación y gestión de pacientes asintomáticos o sintomatología leve a otros servicios de salud, descongestionando así y reduciendo el hacinamiento en los servicios de urgencias. En periodo postpandemia continúa reduciendo el número de visitas innecesarias al hospital.
- Consultas virtuales: las cuales se apoyan en pruebas complementarias interpretadas y que se adjuntan de forma remota, como son las radiografías de tórax y la tomografía computarizada de tórax, para la evaluación de la gravedad de la COVID-19.

A nivel de urgencias y emergencias se diferencian 3 niveles asistenciales en los que pueden aplicarse técnicas de la TM como las expuestas anteriormente:

- Prehospitalaria: El apoyo por parte de especialistas hacia los paramédicos y enfermeras en ambulancias es crucial. Las intervenciones están encaminadas a la anamnesis y valoración de los pacientes previo a su traslado a los servicios de urgencias, a facilitar el diagnóstico, reducir el tratamiento y a redirigir a los pacientes a centros hospitalarios según sus necesidades.
- Servicio de urgencias hospitalarias: La evolución remota de pacientes en urgencias y en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) se hace posible gracias a la tecnología que aporta la TM, haciendo factible la comunicación entre los servicios especializados y los médicos de urgencias, así como con los propios pacientes. En estas unidades también es útil para la supervisión de alumnos en prácticas e interacción entre intérprete – profesional sanitario – paciente en caso de barrera idiomática.
- Posthospitalaria: Permite realizar un seguimiento posterior al alta en el servicio de urgencias a través de la monitorización de parámetros de salud, principalmente en patologías crónicas, pudiendo utilizar protocolos de intervención urgente. Incluye también la telerehabilitación, cuyo papel puede ser bastante importante en pacientes post ictus que, en contexto de la pasada pandemia, pudieron sufrir más las consecuencias.

Todas estas aplicaciones confieren una gran importancia a la TM ya que otorga la capacidad de aportar una asistencia de mayor calidad en el menor tiempo posible. Esto se debe a que en numerosas ocasiones el personal sanitario debe combatir,

no solo con la situación de gravedad, sino con la distancia y el tiempo de actuación. Estos dos últimos parámetros pueden verse afectados debido a las condiciones precarias de los lugares en los que se desempeña la asistencia sanitaria, muchas veces alejados del centro de referencia.

Existen patologías que precisan procedimientos muy específicos y que se benefician del uso de la TM. Algunas de las más importantes son la atención precoz a pacientes quemados, la activación de Código Ictus y la asistencia ante patología de origen cardíaco.

2. Uso de la telemedicina en el sistema nacional de salud

A nivel del SNS, el teleictus comporta una de las principales y más importantes aplicaciones de esta TIC, pues ha demostrado claras ventajas en cuanto a disminución de complicaciones y reducción de morbimortalidad. Estos sistemas acercan la atención neurológica especializada urgente a centros remotos duplicando los pacientes con ictus que la reciben, aumentando al doble el número de tratamientos trombolíticos y administración de fármacos durante las primeras tres horas. De esta forma se reduce significativamente el tiempo transcurrido entre la aparición de sintomatología y la administración del tratamiento, además de reducir un tercio el total de los traslados interhospitalarios evitando los innecesarios y dando respuesta a los más costosos mediante transporte aéreo principalmente.

Este tipo de TM se comenzó a utilizar en España en el año 2006 con el proyecto Teleictus Balear, que establecía una red de comunicación entre el Hospital Universitario Son Dureta y los hospitales comarcales de Ibiza y Menorca. En enero de 2007 se inició en Barcelona el proyecto Teleictus Catalunya entre el Hospital Universitario Vall d'Hebrón y el Hospital de Vic. Ambas experiencias demostraron que su implantación aumentó la población que se benefició del tratamiento fibrinolítico con resultados de eficacia y seguridad similares a los que recibieron el tratamiento en el hospital de referencia. Desde la recomendación del Plan de Asistencia Sanitaria al Ictus (PASI) encabezado por el Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología, se ha implantado posteriormente en Galicia, País Vasco, Andalucía y Aragón.

En la actualidad, el desarrollo de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) ha permitido llevar a cabo actividades que antes eran impensables. La aparición de nuevos gadgets, la facilitación del acceso a internet y el cambio de cultura a nivel generacional han permitido la aplicación de la TM a nivel asistencial en múltiples ámbitos sanitarios.

La pandemia derivada de la COVID-19 ha supuesto un aumento del uso de la TM en diferentes sectores, hospitalarios y extrahospitalarios, como consecuencia del desequilibrio entre los recursos disponibles y las necesidades globales.

Del mismo modo, la TM cobra un papel fundamental en las situaciones en las que los ciudadanos son las primeras personas en atender situaciones de urgencias. Por ejemplo, se ha observado que en paradas cardiorrespiratorias (PCR) presenciadas, aquellas personas que han actuado contactando con los teléfonos de emergencias o incluso utilizando aplicaciones móviles previamente instaladas pueden, siguiendo las instrucciones que reciben, llevar a cabo unas maniobras de resucitación efectivas, logrando disminuir de forma significativa la gravedad de la persona afectada.

Es por ello que la TM en urgencias tiene aplicaciones de gran interés en la mayoría de las especialidades, lo que ha llevado a muchos profesionales a extrapolar este modo de atención a otros ámbitos de la atención sanitaria:

- La radiología es una de las especialidades médicas en las más se ha desarrollado el uso de la TM.

Por ejemplo, la implantación del uso de PDAs (Personal Digital Assistant) en los hospitales permite a los médicos que prestan una atención directa al paciente, contactar con otros médicos del mismo hospital (ya que las PDAs se conectan a un mismo servidor central), compartiendo con ellos imágenes o signos vitales de forma remota y a tiempo real, con el fin de que sea este último quien interprete los datos y ayude al médico responsable del paciente a tomar la decisión más adecuada. Uno de los ámbitos en los que más se lleva a cabo este tipo de interconsultas es el de la radiología; así, los radiólogos pueden interpretar desde su base, y al momento, las pruebas de imágenes de los diferentes pacientes del hospital (telerradiología).

En el ámbito de la oftalmología también ha tomado un papel consistente la TM. Se ha observado cómo, compartiendo imágenes oftalmológicas de forma telemática con oftalmólogos, los pacientes reciben una atención similar al que obtienen cuando les atiende directamente el propio especialista. De este modo, se pueden evitar muchos traslados innecesarios, dotando a los diferentes servicios de urgencias de cobertura teleoftalmológica, consiguiendo evitar la saturación de los servicios de urgencias de los diferentes hospitales de referencia.

En el área de la pediatría, la TM también ha ocupado un lugar incuestionable. Gracias a ella, médicos de atención primaria pudieron, mediante una interconsulta a tiempo real, solventar una gran cantidad de problemas sin necesidad de derivar a un centro de referencia (por ejemplo, en el caso de las enfermedades respiratorias agudas).

Un ejemplo de ello es la implantación de la tele-ecocardiografía en neonatos que, permite a los pediatras del hospital de referencia, de forma remota, discernir entre aquellos niños que precisan una atención hospitalaria inmediata, o si por el

contrario pueden ser tratados por el médico de atención primaria.

3. Eficacia, efectividad y seguridad de la aplicación de la telemedicina en el servicio de urgencias

Tal y como se describe en los apartados anteriores, la TM tiene múltiples aplicaciones en el sistema sanitario. Todas estas utilidades deben ser evaluadas de forma que los objetivos de un sistema que aplique la TM no visualicen únicamente el aspecto clínico. Por eso, se debe considerar que esta ciencia cuenta con múltiples ventajas, pero sin olvidar que también tiene puntos débiles. Algunos de ellos son: el cambio de las relaciones médico-paciente, la mala adaptación a las tecnologías o problemas ético-legales.

Uno de los requisitos fundamentales se centra en la obligatoriedad de prestar una atención segura y que garantice la confidencialidad. Además, los equipos utilizados deben ser herramientas confiables, validadas, capacitadas para el respaldo digital de documentos y permitan la docencia y la investigación.

Es necesario que la práctica clínica tenga un soporte de rentabilidad tanto para los sistemas sanitarios como para los pacientes. Hoy en día, existe tecnología suficiente para llevar a cabo este tipo de ciencia, además tiene un bajo coste y es accesible. Así se garantiza su eficiencia, así como el progreso de futuros protocolos de atención urgente.

Los factores que caracterizan la atención sanitaria en urgencias, rapidez y seguridad diagnóstica, hacen de la TM una herramienta cada vez más indispensable, fiable y que facilita la comunicación intra, inter y extrahospitalaria. De esta manera, se garantiza la igualdad y equidad en lo que respecta al acceso a una atención sanitaria de calidad. Todo ello independientemente de la distancia y gravedad del estado de salud. Se ha demostrado que es una herramienta eficaz para alcanzar equidad en los cuidados sanitarios que reciben los pacientes con ictus, independientemente del lugar de residencia; así como para aumentar de forma global el número de pacientes que reciben tratamiento fibrinolítico, además de conseguir acortar el tiempo puerta-aguja. Al ser un recurso relativamente novedoso, consta de poca evidencia sobre aspectos como los análisis económicos y si este tipo de atención alcanza las perspectivas de los pacientes.

Aun así, lo que si se demuestra es que la telemedicina es eficaz en la mejora de los servicios de urgencias por diversos motivos: proporciona atención de forma oportuna en situaciones de emergencias, disminuye el número de hospitalizaciones, traslados y reingresos hospitalarios, permite la vigilancia constante del paciente in situ, y disminuye la morbilidad, consiguiendo por ende una mejor calidad de vida de los usuarios.

Por consiguiente, las ventajas de esta tecnología se traducen en una disminución

de costes, tangibles e intangibles, en una mejora de los resultados y, por tanto, en un incremento de la eficiencia. Múltiples revisiones bibliográficas sobre este tema han reflejado que es “técnicamente factible, clínicamente efectiva y parece que rentable” además de segura y fiable.

A día de hoy existen discrepancias entre los diferentes autores, unos apoyan y defienden la eficacia de la TM Y sin embargo otros afirman no encontrar una relación significativa entre costo-efectividad, por lo que señalan una falta de eficacia (estos últimos son la minoría).

4. Aspectos éticos y legales de la telemedicina

Atendiendo a la ética en TM, hay principios médicos básicos derivados de la deontología profesional que deben llevarse a cabo, estos serían los comunes a las consultas presenciales: principios básicos de la relación médico-paciente y los derechos de autonomía, información y confidencialidad de los pacientes.

No obstante, la declaración de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre la ética de la TM del 2 de julio de 2020 refleja la necesidad de:

- Realizar un registro exhaustivo sobre la información facilitada al paciente.
- Asegurarse de que el paciente subsidiario a recibir TM dispone de los recursos necesarios.
- Confirmar que la información y consejos entregados al paciente han sido entendidos.
- Considerar las dificultades que puede llevar a cabo la TM y cambiar el formato a un contacto directo en estos casos.

En España aún no se dispone de un marco legal específico dedicado a la TM. No obstante, se podrían adaptar aspectos legales recogidos de manera más dispersa (leyes recientes, reales decretos, directivas...) aplicables a esta.

A nivel europeo cabe destacar:

- La Resolución del Parlamento Europeo 2006/2275 (INI), de mayo de 2007, que alienta a los diferentes países a fomentar el uso de la TM y recuerda la normativa legal previa a llevar a cabo.
- La Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, el Consejo, el Comité Europeo Económico y Social y al Comité de las Regiones, de diciembre de 2012, donde se desarrolla el plan de salud electrónica para el período 2012-2020, donde se apuesta por la TM como acción específica a implementar.

A nivel nacional destacan:

- El RD 81/2014, de 7 de febrero, establece en España las normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza.
- El RD Ley 8/2020, de 17 de marzo, que contempla las medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social de la COVID-19, regula

la prestación de servicios mediante el teletrabajo.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que la TM no es una herramienta de última invención y se remonta a los años 60, su real aplicación surge de una necesidad de acercamiento entre el paciente y las instituciones sanitarias en un momento de distanciamiento social propiciado por el COVID-19. Son ya numerosos los artículos, sobre todo contextualizados en la pandemia, los que ejemplifican la importancia y el gran avance que suponen las TICs para la medicina asistencial. No obstante, se plantea una gran pregunta, ¿por qué si se han evidenciado los grandes beneficios que estas comportan, no se ha extendido tanto su uso? Es cierto que la atención aguda de distintas patologías, dígame como bien se ha expuesto en el trabajo, el ictus, grandes quemados, la reagudización de la insuficiencia cardiaca... precisan de una mejora del plan de actuación. Sin embargo, la gran reflexión parte de por qué no se destina mayor parte del potencial de la TM al control y manejo de enfermedades crónicas de la misma forma que se centran los recursos en la patología aguda.

Por otro lado, se plantea la limitación que supone la carencia de un marco legal en España bien estructurado que impulse aún más el auge de la TM, de tal forma que se exploren otros campos de actuación y pueda establecerse como un recurso más accesible y disponible para la mayor parte de los centros sanitarios. Tal vez así, facilitando y adaptando su uso a los distintos grupos poblacionales, podría tener más acogida y cabida en un Siglo XXI en el que la tecnología avanza a pasos de gigante y está en continua evolución.

Aun así, podría llegar a considerarse un arma de doble filo en cuanto al riesgo que supone la informatización de la asistencia sanitaria y la deshumanización de los cuidados. Debe considerarse como un recurso más que añade valor al Sistema Sanitario y no como un sustitutivo de la atención brindada por los profesionales sanitarios. Esta visión más crítica de lo que supone un avance de tal calibre para la medicina solo tiene como objetivo recalcar la importancia que tiene la búsqueda de la atención centrada en el paciente y no desviarse de dicho objetivo.

6 Bibliografía

1. Prados Castillejo JA. Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia [Telemedicine, also a tool for the family doctor]. Aten Primaria. 2013 Mar;45(3):129-32. Spanish.

2. Cáceres-Méndez E. A, Castro-Díaz S.M, Restrepo C, Puyana JC. Telemedicina: historia, aplicaciones y nuevas herramientas en el aprendizaje. Universidad Médica [Internet]. 2011;52(1):11-35.
3. Rodríguez-Castro E, Vázquez-Lima MJ, Rodríguez-Yáñez M, Verde L, Castillo J. Stroke care in Galicia: telemedicine in the early, multidisciplinary treatment of all acute stroke cases. *Emergencias*. 2018 Feb;30(1):54-61.
4. Casariego-Vales E., Palencia-Vizcarra R., Bolaño J., Cámara L., Valdez P. Resumen ejecutivo sobre el uso de la telemedicina en el ámbito hospitalario: recomendaciones del Foro Internacional de Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. En prensa.
5. Witkowska-Zimny M, Nieradko-Iwanicka B. Telemedicine in Emergency Medicine in the COVID-19 Pandemic-Experiences and Prospects-A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 5;19(13):8216.
6. Kennedy, N.R.; Steinberg, A.; Arnold, R.M.; Doshi, A.A.; White, D.B.; DeLair, W.; Nigra, K.; Elmer, J. Perspectives on telephone and video communication in the intensive care unit during COVID-19. *Ann. Am. Thorac Soc*. 2021, 18, 838–847. [CrossRef]
7. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN, Ribeiro GDR, Santos DL, Silva RMD. Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 pandemic: ideas on spaces and initiatives in the Brazilian context. *Cad Saude Publica*. 2020;36(5). Portuguese.
8. Witkowska-Zimny M, Nieradko-Iwanicka B. Telemedicine in Emergency Medicine in the COVID-19 Pandemic-Experiences and Prospects-A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 5;19(13):8216.
9. Armengol JJG, Carricondo F, Mingorance C, Gil-Loyzaga P. Telemedicina aplicada a la atención sanitaria urgente: aspectos metodológicos y prácticos. *SEMES*. 2009;21(4):287– 94.
10. Bernal J, Palacio E, María E, Trespas- Lacios V, Rodríguez F, Alexánder M, et al. Telemedicina, una solución para los diferentes problemas en el manejo del paciente quemado. *Rev Colomb Cir Plást Reconst* [Internet]. 2020 [citado el 17 de noviembre de 2022]; 26 (2): 31-38.
11. Roldán-Gómez FJ, Jordán-Ríos A, Álvarez-Sangabriel A, et al. Telemedicina como instrumento de consulta cardiológica durante la pandemia COVID-19. *Cardiovasc Metab Sci*. 2020;31(Suppl: 3):259-264.
12. De Juan J, Gavira JJ, Pachón M, Cózar R, Escolar V, González Ó, et al. Tratamiento a distancia de la insuficiencia cardiaca mediante el algoritmo Heart-Logic. Registro REHEART. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2022 [citado el 17 de noviembre de 2022];75(9):710–7.

13. González Armengol J.J., Carricondo F., Mingorance C., Gil-Loyzaga P. Telemedicina aplicada a la atención sanitaria urgente: aspectos metodológicos y prácticos. [Internet]. Emergencias. 2009 [consultado en nov 2022]; (21):287-91.
14. Ekeland AG, Bowes A, Flottorp S. Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews. *Int J Med Inform.* 2010 Nov; 79(11):736-71.
15. Collazos- Flores CL, Torres-La Rosa KR. La eficacia de la telemedicina en la mejora de los servicios de emergencia. Universidad Norbert Wiener. 2018.
16. Herreros-González JM^a, López-Coronado M. Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada. Madrid: Centro de Estudios Financieros; 2010. 1008 p. (561-661, cap 12).
17. Sharifi Kia A, Rafizadeh M, Shahmoradi L. Telemedicine in the emergency department: an overview of systematic reviews. *Z Gesundh Wiss.* 2022 Jan 27:1-15.
18. Beltrán L, Verdugo E. La telemedicina como elemento fundamental de comunicación en las emergencias sanitarias. Garnata [Internet] 2020 [consultado 27 de octubre]; 23: e202321. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/g91/e202321>
19. du Toit M, Malau-Aduli B, Vangaveti V, Sabesan S, Ray RA (2019) Use of telehealth in the management of non-critical emergencies in rural or remote emergency departments: a systematic review. *J Telemed Telecare* 25: 3-16.
20. Kelton DK, Szulewski A, Howes D (2018) Real-time video telemedicine applications in the emergency department: a scoping review of literature. *CJEM* 20:920–928.
21. Ward MM, Jaana M, Natafgi N (2015) Systematic review of telemedicine applications in emergency rooms. *Int J Med Inform* 84:601– 616.
22. Aparici Ofelia L. Telemedicina: ética y responsabilidad. *Cir. plást. iberolatinoam.* [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Nov 08] ; 46(4): 379-380. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922020000500002&lng=es.
23. WMA - The World Medical Association-Declaración de la AMM sobre la ética de la telemedicina [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre-la-etica-de-latelemedicin>
24. Pisa BP de la, García-Lozano MJ, González-Lama J. Aspectos legales de la telemedicina. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria.* 1 de diciembre de 2021;28(10):544-50.
25. Pérez-Palacio E. Estudio sobre el marco normativo de la Telemedicina en la Unión Europea y España. 2018. [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2022].

Disponible en: https://www.academia.edu/37599929/ESTUDIO_SOBRE_EL_MARCO_NORMATIVO_DE_LA_TELEMEDICINA_EN_LA_UNI%C3%93N_EUROPEA_Y_EN_ESPA%C3%91A

26. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero [Internet]. Sec. 1, Real Decreto 81/2014 feb 8, 2014 p. 10915-48. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2014/02/07/81>

27. Gómez-Arias PJ, Abad-Arenas E, Arias-Blanco MC, Redondo-Sánchez J, GalánGutiérrez M, Vélez García AJ. Aspectos médico-legales de la práctica de la teledermatología en España. ACTAS dermo-sifiliográficas. 2021;112:127-33.

28. Prados-Castillejo JA. Telemedicine, also a tool for the Family Doctor. Aten Primaria. 2013 Mar; 45(3): 129-132.

Capítulo 86

MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ENFOCADOS EN EL PACIENTE CON GRANDES QUEMADOS EN MEDIO HOSPITALARIO

LUCÍA MORENO BRIONES

JORGE PÉREZ PÉREZ

1 Introducción

El manejo de los pacientes que presentan grandes quemados, suele conllevar para el personal de enfermería una formación y un personal cualificado debido a la gran superficie corporal quemada que portan y los cambios fisiológicos que estas causan en el organismo. Entre ellos el shock, la hipotermia en la primera instancia de las quemaduras o la vasodilatación que produce el edema y deshidratación propio de estas.

Debida a la alta incidencia de accidentes y desastres que causan quemaduras, siendo las que más prevalencia tienen las que ocurren a nivel doméstico (siendo estas entre un 80-90% siendo sus principales víctimas mujeres y niños) seguidas de las que ocurren en el entorno laboral (llegando a ser hasta un 15% en hombres) sin embargo, cabe destacar que es esencial crear ante todo una prevención para evitar que estos accidentes ocurran. (1) la limitación de recursos y centros especializados en quemaduras, así como de evidencia sobre el campo de las que-

maduras; con este artículo se pretende ayudar y recapitular información relevante sobre los cuidados más apropiados para este tipo de pacientes con el fin de resumir tanto el diagnóstico como el tratamiento para así, mejorar la evolución y el estado del paciente lo más rápido posible para evitar el mayor número de secuelas. (2)

2 Objetivos

- Exponer la información relevante sobre los cuidados de enfermería en el paciente con grandes quemados
- Identificar la fisiopatología del gran quemado y el cálculo de la superficie total quemada
- Analizar el tratamiento más óptimo para el paciente diagnosticado con grandes quemados

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica se realizó una búsqueda avanzada de las bases de datos y buscadores escogidos como PubMed o Google académico respectivamente en base a unos criterios de inclusión y exclusión seleccionados, siendo el rango de años de búsqueda desde 2015 hasta 2023.

4 Resultados

Previo al tratamiento y abordaje de los grandes quemados, es conveniente recordar qué tipos de quemaduras hay y cómo calcular la superficie total quemada que podemos obtener para averiguar el nivel de daños que tiene el paciente.

Las quemaduras pueden estar causadas mediante varios agentes, siendo las más frecuentes las causadas por agentes físicos (térmicas, fricción, etc) o agentes químicos (ácidos o cáusticos). Por otro lado, para calcular el % de superficie quemada en adultos, la regla más recomendable es la Regla de los 9 de Wallace Ambrosini, la cual sugiere que para calcular la superficie corporal se debe crear una división corporal en base a la anatomía.

Una vez conocido el porcentaje de quemado corporal clasificaremos como grandes quemados a aquellos que superen un 25% de la superficie total corporal (3) se realizará una clasificación de las quemaduras en base a este cálculo y a la profundidad de las mismas:

- Grado I: Lesiones superficiales que tan solo afectan a la hipodermis, normalmente causando lesiones solares, teniendo un periodo de evolución total y reparación tisular de 1 semana aproximadamente.
- Grado II: Aquellas que causan lesiones a nivel de la dermis pudiendo dividirse en: o Grado IIA: Las más dolorosas, con gran poder exudativo debido al edema y las ampollas producidas por fricción o calor. Afectan a la dermis superficial. o Grado IIB: Menos dolorosas pero con un mayor tiempo de curación con respecto a las anteriores. Afectan a la dermis profunda.
- Grado III: Afectan a todas las capas de la piel, pudiendo llegar a causar daños tanto en tejido muscular como nervioso por lo que se pierde la sensibilidad de la zona dañada.

En cuanto al mecanismo de acción que tienen las quemaduras, se puede distinguir una primera respuesta en la cual se producirá una vasoconstricción ligera, seguida de una vasodilatación posterior para fomentar la liberación de hipertermia local de la zona dañada. Sin embargo, una vez que se produce este edema y una respuesta inflamatoria, fisiológicamente el cuerpo tenderá a la deshidratación seguida de flictenas a nivel de la dermis y a una hipoxia celular.(2,4)

En cuanto al tratamiento de estos pacientes se deberá resolver primeramente los desajustes metabólicos del paciente, de modo que, se aplicará fluidoterapia con cristaloideos o Ringer Lactato a través de la fórmula de Parkland (5) para resolver el shock hipovolémico causado por los edemas. Por lo tanto, el principal indicador que se tendrá de que el paciente está mejorando hemodinámicamente será el control de diuresis, puesto que nos dará información tanto del filtrado glomerular como del estado hemodinámico total del paciente.(6)

Por otro lado, según el Hospital de La Paz y la unidad de quemados del Hospital de Getafe recomiendan que los flictenas que sean mayores de 4 cm de superficie sean retirados para eliminar el contenido y cubiertos con apósitos biosintéticos para el mejor manejo y menor riesgo de infección de la zona a tratar. Sin embargo, aún no existe un completo consenso de si es mejor la retirada de flictenas o no, puesto que, algunos autores sugieren que el mantenimiento intacto de las flictenas reduce el tiempo de cicatrización y menor riesgo de infección y menos dolor que la desbridación, aunque tienen más riesgo de rotura accidental de estas (7). Mientras que, desde el punto de vista de la desbridación, la literatura sugiere que si se tienen los medios se deben retirar las flictenas que tengan mucho riesgo de rotura para así, poder valorar de qué grado es la quemadura y reducir el riesgo de infección por el edema y la supuración producto de los mecanismos antiinflamatorios (siempre y cuando el equipo que realice las curas en el entorno hospitalario mantenga las correctas medidas asépticas). Basándose en que las quemaduras que

mantienen flictenas o que su contenido es drenado y la piel mantenida a modo de apósito forman el entorno perfecto para el crecimiento de bacterias y organismos gracias a las condiciones de temperatura y humedad de las mismas. (4,8)

5 Discusión-Conclusión

Las quemaduras se pueden clasificar en base a los agentes causantes, siendo físicos o químicos los principales. Por otro lado, pueden ser también clasificados en base a la superficie total quemada a través de la Regla de los 9 de Wallace, siendo grandes quemados a partir del 25% y por la profundidad de la quemadura en la dermis. di(1,2)

En cuanto al tratamiento, en la primera instancia del paciente se deben tratar la fisiopatología del paciente en base a los cambios hemodinámicos que este tenga, siendo el principal la deshidratación y el desajuste hídrico del paciente (shock hipovolémico) a través de la sueroterapia y posteriormente la cura de las heridas. Para la cura de las flictenas, no existe un consenso sólido sobre cómo actuar ante ellas. Por lo que, se decidirá a criterio médico en base a las quemaduras que presente el paciente de modo que aquellas que no sean de gran tamaño podrán mantenerse, mientras que aquellas que tengan riesgo de rotura se drenará y se decidirá si mantener la piel a modo de apósito biológico o la retirada de esta para evitar el mayor riesgo de infección, obtener una correcta valoración de la quemadura y aplicar el apósito biosintético en caso de que se tenga.(4,7)

En relación a enfermería, cabe destacar que la enfermera deberá cerciorarse de que el paciente tiene vías periféricas de gran calibre para la administración de la sueroterapia, además de manejar estrictamente el sondaje y control de diuresis y densidad de la orina, puesto que será el principal indicador de mejora del paciente. Cabe destacar que no se debe olvidar mantener el mayor confort posible del paciente vigilando tanto su estado mental como el estado psicológico de este. (6)

6 Bibliografía

1. Tudanca Arteaga D. Beneficios de las intervenciones recientes de enfermería en adultos gran quemados. 2019 Jun 5;
2. Fuente Peláez A de la. Cuidados de enfermería en la unidad de quemados críticos. 2020 [cited 2023 Sep 30]; Available from: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/41936>

3. Salgado Flórez L, Robledo Cadavid JM, Ruiz Santacruz JE, Hernández Ortiz OH. Gran quemado en la Unidad de Cuidado Crítico. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2023 Sep 30];20(3):176–84. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-colombiana-cuidado-intensivo-101-articulo-gran-quemado-unidad-cuidado-critico-S0122726220300094>
4. Villechenous Rojo M de las N. Cuidado de quemaduras dérmico superficiales: contribución de enfermería en la eficacia del manejo de flictenas. 2023 [cited 2023 Sep 30]; Available from: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/708059>
5. Santervás YF, Casas MM. Quemaduras.
6. Culleton AL, Simko LM. Cuidados en los pacientes quemados. *Nursing (Brux)* [Internet]. 2014 May 1 [cited 2023 Sep 30];31(3):28–36. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-cuidados-pacientes-quemados-S0212538214000855>
7. Jeschke MG, van Baar ME, Choudhry MA, Chung KK, Gibran NS, Logsetty S. Burn injury. *Nature Reviews Disease Primers* 2020 6:1 [Internet]. 2020 Feb 13 [cited 2023 Sep 30];6(1):1–25. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41572-020-0145-5>
8. Babío Rodríguez D, Campos Oubel ME. Manejo de las flictenas en una quemadura: una discusión clásica de enfermería. *Proyecto Lumbre: Revista Multidisciplinar de Insuficiencia Cutánea Aguda*, ISSN-e 2255-3487, No 1 (Octubre), 2012, págs 22-26 [Internet]. 2012 [cited 2023 Sep 30];(1):22–6. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4201124>

Capítulo 87

TÉCNICAS DE ENFERMERÍA UTILIZADAS EN EL AMBITO HOSPITALARIO ANTE UNA URGENCIA TOXICOLÓGICA

MARIA DIAZ-BERNARDO RAMIREZ

MARYAM BOUZARAD AIT BAH

MARÍA LÓPEZ BERGILLOS

MELODY TORIJA RESUELA

1 Introducción

La toxicología es la ciencia encargada del estudio de los efectos adversos que producen las sustancias y productos químicos sobre los organismos vivos.

Los tóxicos son sustancias que producen daño funcional o estructural en un órgano o en varios de ellos, o incluso pueden llegar a provocar la muerte.

Los tóxicos se pueden absorber por diferentes vías:

- A través del tracto gastrointestinal, es decir, por ingestión del producto. Suele ser considerada la principal vía de absorción.
- A través de la vía respiratoria, es decir, por inhalación.
- A través de la piel, o por vía tópica.
- Por vía ocular, que es muy poco frecuente.
- Por vía parenteral, siendo considerada la más peligrosa por su rapidez de acción.

- La vía rectal es muy infrecuente, y suele deberse a errores en la administración de medicación o también se da en el tráfico de drogas.

- Por vía vagina.

La eliminación de los tóxicos se produce a través de cuatro vías:

- Vía renal, a través de esta vía se eliminan la mayor parte de los tóxicos solubles.

- Vía digestiva, siendo considerada esta vía la más fácil de abordar a la hora de tratar la intoxicación.

- Vía pulmonar, a esta vía no se le da demasiada importancia como vía de eliminación de tóxicos.

- A través del sudor.

La reacción producida por el organismo ante la entrada de una sustancia tóxica es lo que se conoce como intoxicación.

Las intoxicaciones se clasifican en:

- Intoxicaciones sobreagudas, la acción del tóxico se produce muy rápido, llegando a ocasionar la muerte en pocos minutos u horas.

- Intoxicación aguda son aquellas que dan lugar a síntomas visibles y por lo general graves.

- Intoxicaciones subagudas son aquellas que se producen en varios días.

- Intoxicaciones crónicas, por el contrario, son aquellas en las cuales se ingieren pequeñas cantidades de sustancias tóxicas durante un tiempo prolongado.

Las intoxicaciones también se clasifican en función de su etiología:

- Intoxicación intencionada o voluntaria, es la intoxicación intencionada de una persona sobre si misma.

- Intoxicación accidental, es la intoxicación no intencionada

Basándonos en diversos estudios, podemos decir que un 0.6% de los casos atendidos en las urgencias de los hospitales españoles son intoxicaciones toxicológicas, y alrededor del 50% de estas, son intoxicaciones medicamentosas, siendo las de mayor prevalencia las intoxicaciones por benzodiacepinas. En los diez últimos años hay una tendencia al alza en las intoxicaciones producidas por analgésicos, sedantes, antidepresivos y fármacos cardiovasculares. Pudiendo ser considerado actualmente un problema poblacional que afecta sobre todo a las personas con edades comprendidas entre los 15 y 45 años, siendo el género masculino donde más predominan.

2 Objetivos

- Valorar correctamente a un paciente intoxicado.

- Conocer la forma de tratamiento de las intoxicaciones.

- Distinguir los diferentes tipos de intoxicaciones y sus manifestaciones clínicas.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo hemos realizado una revisión bibliográfica sobre los efectos tóxicos en el organismo de diversas sustancias y las formas de tratar dicha intoxicación en el ámbito de las urgencias hospitalarias, seleccionando aquellas referencias bibliográficas basadas en la evidencia científica. La metodología del trabajo está basada en una búsqueda electrónica de información. Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos de ciencia de la salud como PUBMED o CUIDEN.

4 Resultados

Valoración Del Paciente:

Una parte muy importante a la hora de diagnosticar una intoxicación es la anamnesis que se debe realizar bien al paciente o sus acompañantes. Con esta lo que se debe conseguir es obtener la mayor información posible con respecto al tóxico ingerido, la cantidad, las horas que han transcurrido desde la ingestión, la vía de ingestión.

Debe completarse con la exploración física, en la cual se analizan las constantes vitales y el estado neurológico del paciente. Nos podemos encontrar antes cuatro posibles cuadros clínicos:

- Paciente intoxicado con disminución del nivel de conciencia.
- Paciente con alteración de la conducta (agitado, con alucinaciones, ansiedad)
- Paciente intoxicado con convulsiones.
- Paciente intoxicado consciente con manifestaciones cardiovasculares, respiratorias, digestivas, nefrológicas o musculares.

La anamnesis y la exploración física, deben ir acompañadas de una exploración complementaria, es decir, de un análisis toxicológico, que no servirá de base para descubrir cual ha sido el principal agente causante de la intoxicación, si este no ha sido descubierto en las exploraciones anteriores, y también nos servirá para instaurar el tratamiento específico.

Algunas exploraciones complementarias son: Análisis e inspección de la orina, glucemia capilar, test de Wieland, utilizado para confirmar en orina la presencia de amatoxinas, o el test de cloruro férrico.

También hay otras exploraciones complementarias, pero cuya finalidad es establecer el nivel de gravedad de la intoxicación. Como pueden ser el electrocardio-

grama en el que la alteración habitual más apreciada es la elevación del complejo QRS, producida en la intoxicación por antidepresivos tricíclicos o la radiografía de toráx y abdomen.

Tratamiento general de las intoxicaciones agudas

En la mayoría de las ocasiones estas intoxicaciones pueden ser tratadas y controladas mediante medidas generales que tienen como objetivo la valoración y estabilización de las constantes vitales, y la corrección de aquellas alteraciones orgánicas que pueden producirse.

- Mantenimiento de las funciones vitales:

Se debe valorar el estado respiratorio del paciente, identificando el patrón respiratorio que este presenta, y sobretodo debemos comprobar que la vía aérea se encuentre permeable. Si nos encontramos al paciente hipoventilando o con hipoxemia debemos proceder a la intubación del mismo, y a conectarlo a ventilación mecánica.

Muy importante también es valorar el estado cardiocirculatorio del paciente y el estado neurológico, donde la complicación más frecuente que suele aparecer es el estatus convulsivo.

- Evacuación del tóxico:

Como hemos comentado con anterioridad, la vía de ingestión del tóxico más común es la vía digestiva, por lo tanto, en este apartado nos centraremos en las diversas formas de proceder a la descontaminación digestiva del paciente.

- Inducción al vómito:

Es una técnica que se encuentra contraindicada y en desuso, salvo en aquellos en los que exista indicación médica, ya sea porque haya un difícil acceso a un centro sanitario, porque sea necesaria la eliminación del tóxico debido a su alta mortalidad, o bien porque el tóxico no tenga afinidad por el carbón activado. Su uso está totalmente contraindicado en caso de ingestión de productos cáusticos, petróleo, fármacos convulsivantes, en pacientes embarazadas o en estado de shock.

En los casos en que sea necesario la inducción del vómito y el paciente no sea capaz de vomitar, se podría utilizar el jarabe de ipecacuana.

- Aspirado y lavado gástrico:

Para realizar esta técnica es necesario que el paciente intoxicado tenga buen nivel de consciencia, o en su defecto se encuentre intubado.

Está contraindicado su uso en aquellos pacientes con inestabilidad hemodinámica, en pacientes que hayan ingerido grandes cantidades de hidrocarburos (donde tan solo se procederá a la aspiración del contenido gástrico) o sustancias cáusticas, en paciente con status convulsivos o en aquellos que tengan riesgo de

hemorragia.

Algunos autores consideran que esta técnica es efectiva si se realiza en las dos primeras horas tras la ingestión del tóxico, otros por su parte consideran que debe realizarse en los primeros 30 minutos tras la ingestión y otros, sin embargo, consideran que puede emplearse hasta 12 horas después de la exposición al tóxico.

Se realiza mediante una sonda nasogástrica u orogástrica. Una vez colocada la sonda en el paciente, colocaremos a este en decúbito lateral izquierdo con las rodillas flexionadas. Aspiraremos el contenido gástrico con ayuda de una jeringa, y posteriormente instilaremos 250cc de suero fisiológico, pondremos la sonda en declive para que salga el contenido. Este proceso se repetirá hasta que se hayan instilado 3-5 litros de solución salina o hasta que el contenido drenado por la sonda sea limpio. Dicho contenido debe ser recogido para poder ver si sale algún comprimido, o alguna sustancia que nos haga indicar con que se ha intoxicado el paciente.

Posteriormente si está indicado, sería el momento de introducir la primera dosis de carbón activado.

- Carbón activado. Considerado hoy en día como el mejor procedimiento para la descongestión digestiva. El carbón actúa como absorbente de la mayor parte de las sustancias tóxicas, además se considera eficaz, inocuo y económico.

Se procederá a utilizar el carbón activado una vez que se haya producido la aspiración y el lavado gástrico. Se iniciará el tratamiento con una dosis inicial de 50gr que administraremos diluidos en 250cc de agua. La dosis de carbón activado que se debe utilizar normalmente es en proporción 10/1 con respecto al tóxico, esta dosis puede aumentar posteriormente en función de lo que presupongamos que ha ingerido el paciente, las características del tóxico, etc. Cuando el tóxico se ha absorbido encontrándose en la circulación sistémica, administrar dosis repetidas de carbón activado puede acelerar su excreción. Lo que hace el carbón es absorber especialmente aquellas moléculas de toxico que se encuentran en el duodeno o en el intestino delgado, haciendo que retornen al tubo digestivo para ser excretadas a través de la circulación enterohepática, o bien a través de las vellosidades intestinales por difusión pasiva. A este proceso se le denomina diálisis gastrointestinal y es solo efectivo en intoxicaciones por algunos fármacos.

- Catárticos. Son fármacos que promueven o facilitan la defecación, ya que aceleran el tránsito de las heces a través del intestino grueso, actúan sobre la consistencia y cantidad de las heces.

En las intoxicaciones toxicológicas, promueve a la eliminación más rápida del tóxico y también del complejo que se forma cuando se unen el carbón activado

con el tóxico.

Los catárticos se deben administrar de manera simultánea al carbón activado. Su uso está contraindicado si existe intoxicación por cáusticos o ingesta de los mismos, y además hay que tener especial cuidado con su uso y vigilar las posibles alteraciones electrolíticas que se puedan producir.

Los catárticos pueden ser de dos tipos, bien salinos como el hidróxido de magnesio, o bien osmóticos como el sorbitol o el manitol.

- Antídotos. El tratamiento de las intoxicaciones con antídotos podría tratarse como una parte específica del tratamiento, ya que hay una gran cantidad de ellos para muchos tóxicos.

Los antídotos son sustancias que contrarrestan o compensan los efectos de las sustancias tóxicas. Para que se pueda recurrir al tratamiento con antídotos debemos conocer de forma segura el tóxico que ha causado la intoxicación.

Dentro de estos podemos diferenciar los antídotos propiamente dichos que son aquellos que para revertir el efecto tóxico inhiben la acción del mismo, y los antagonistas, que son aquellos que contrarrestan el efecto del tóxico produciendo el efecto contrario.

- Eliminación del tóxico

Esta parte del tratamiento tiene como objetivo disminuir la cantidad de tóxico que ya ha sido absorbida por el organismo. Como ya hemos dicho anteriormente los tóxicos se eliminan tanto por vía respiratoria, como hepática o renal. A nivel de esta última vía de eliminación, es decir, de la vía renal, podemos hacer referencia a las terapias de eliminación extracorpórea.

El uso de las terapias extracorpóreas para tratar las intoxicaciones se remonta a principios del siglo XX. Hoy en día, el uso de las técnicas extracorpóreas para tratar intoxicaciones agudas sigue siendo un tema muy discutido, ya que hay muy pocas sustancias que puedan ser depuradas con este tipo de técnicas, y no obstante en muy pocas ocasiones este tipo de intoxicaciones requiere del uso de estas. En tan solo el 0.1% de las intoxicaciones, actualmente se recurre a este tipo de técnicas en aquellos pacientes con signos graves de intoxicación y que no mejoran clínicamente tras la utilización de otros tratamientos.

La terapia extracorpórea más utilizada es la hemodiálisis, seguida de la hemodiafiltración intermitente y de la diálisis sostenida de baja eficacia.

Intoxicaciones más frecuentes:

- Intoxicaciones por benzodiacepinas. Las benzodiacepinas son fármacos psicotrópicos, es decir, fármacos que actúan como depresores del sistema nervioso central. Se utilizan en el tratamiento de la ansiedad, el insomnio, la esquizofrenia, los trastornos afectivos o el delirium tremens.

Este tipo de fármacos se pueden administrar por vía oral, intramuscular o intravenosa. Se absorben en el estómago y se metabolizan en el hígado. Las más utilizadas con el diazepam (Valium), clorazepato (tranxilium), halazepam, bromazepam, lorazepam (orfidal), lormetazepam, alprazolam (trankimazin) o midazolam.

El riesgo de muerte en un paciente con una intoxicación por este tipo de fármacos es bajo, pero cuando el consumo de este fármaco está unido al consumo de alcohol u otros fármacos depresores del sistema nervioso central el riesgo de muerte se ve incrementado de manera importante.

Los síntomas que nos hacen indicar una intoxicación por benzodiacepinas son somnolencia, relajación muscular, depresión respiratoria, estupor, disartria, ataxia.

En cuanto al tratamiento específico está indicado el tratamiento con carbón activado siempre y cuando la ingesta se haya producido dentro de las 4 últimas horas.

El antídoto utilizado en este tipo de intoxicación es el flumazenil o anexate. La dosis a administrar es 0.25 mg por vía intravenosa (en bolo), si no obtenemos respuesta por parte del paciente se puede repetir la dosis a los 5 minutos, hasta un máximo de 1mg. En caso de que el paciente siga sin responder o en caso de que vuelvan a aparecer los síntomas sería necesario iniciar una perfusión diluyendo 4mg de fármaco en 500cc de suero glucosado al 5%, a infundir en 4 horas.

Debemos tener cuidado con las perfusiones de anexate, ya que en algunos pacientes sobretodo en aquellos que son consumidores crónicos de benzodiacepinas, pueden producir efecto rebote, ocasionando cuadros de convulsiones.

- Intoxicaciones por analgésicos:

- Intoxicaciones por paracetamol. El paracetamol puede ser considerado uno de los analgésicos-antipirético que más se utiliza en la población tanto adulta como infantil.

Cuando un paciente ingiere más de 7.5-8 gramos de paracetamol, podemos afirmar que ha tomado una dosis tóxica de dicho fármaco, y que puede llegar a desencadenar una grave afectación hepática.

El paracetamol se ingiere por vía oral, pero también se puede administrar por vía intra venosa, se absorbe a nivel digestivo, y se metaboliza sobretodo a nivel hepático. Las concentraciones máximas de fármaco en sangre se alcanzan en los 90 minutos tras la ingestión del mismo.

La intoxicación por este fármaco sigue siendo un gran problema médico ya que los pacientes pueden desarrollar una hepatitis muy grave que les pueda llegar a provocar incluso la muerte.

En los pacientes intoxicados por paracetamol aparecen síntomas como somnolencia, mareos, cefalea, náuseas, vómitos, dolor abdominal. Cuando esta sintomatología se acompaña de ictericia, encefalopatía hepática, hipoglucemia o trastornos hemorrágicos hay que sospechar de un caso grave de intoxicación.

El tratamiento específico de la intoxicación por paracetamol pasa por el uso de N-acetilcisteína. No obstante, también está indicado el uso de carbón activado y el lavado gástrico, o la rehidratación del paciente.

El uso de carbón se activado se recomienda en aquellos pacientes en los que la ingesta tóxica de paracetamol se ha producido entre las 2-4 horas anteriores a acudir a urgencias, siempre y cuando, el paciente este consciente y no haya vomitado.

La N-acetilcisteína, es el antídoto del paracetamol, es un tratamiento eficaz en el paciente intoxicado con paracetamol siempre y cuando, se utilice en las diez horas posteriores a la ingestión tóxica de dicho fármaco. Este antídoto normalmente se pone en perfusión continua, pero se puede administrar por vía oral, aunque en raras ocasiones.

La N-acetilcisteína se administra según unas pautas, y en función del valor que tengan las enzimas hepáticas (AST/ALT) en la analítica, y del nivel del INR.

Se administra una primera dosis inicial de 150mg/kg en 250cc SG5% a pasar en una hora. Si es necesario se puede administrar una segunda dosis de 50mg/kg disuelto en 500cc SG5% a pasar en 4 horas.

- Intoxicaciones por salicilatos. Los salicilatos son un grupo de fármaco con propiedades analgésicas, antiinflamatorias y antipiréticas que inhiben a la enzima COX, haciendo que se sintetizen prostaglandinas y mediadores de la inflamación. Este grupo de fármacos también se utilizan como antiagregantes plaquetarios cuando se utilizan a dosis bajas.

Algunos de los fármacos pertenecientes a este grupo son el ácido acetilsalicílico (Adiro), acetilsalicilato de lisina (Inyesprin), salicilato sódico, etc.

Se considera una intoxicación grave cuando el paciente ha ingerido más de 20 gramos de estos fármacos o cuando la ingesta ha sido superior a 150mg/kg de peso.

Las formas más comunes de toxicidad tras la intoxicación por salicilatos es la toxicidad neurológica, seguida de la toxicidad metabólica. La toxicidad multiorgánica por su parte solo aparece en los casos más graves.

En cuanto al tratamiento en este tipo de intoxicaciones está indicado el uso de carbón activado y el lavado gástrico. También es muy importante reponer el líquido intravascular con sueroterapia, y alcalinizar la orina con perfusiones de bicarbonato y cloruro potásico, que también ayudara a mantener el pH tanto sanguíneo

como de la orina.

En las intoxicaciones por salicilatos está indicado también el tratamiento con hemodiálisis siempre y cuando la concentración de fármaco en sangre sea mayor a 100mg/dl, haya una acidosis metabólica importante, fallo renal, convulsiones, o un paciente en coma o con un deterioro de su estado progresivo.

- Intoxicaciones por antidepresivos. Después de las intoxicaciones por benzodicepinas, las intoxicaciones producidas por antidepresivos son las que más se atienden en los servicios de urgencias.

Los antidepresivos son fármacos que actúan tanto sobre el sistema nervioso central como sobre el sistema cardiovascular.

Este tipo de fármacos se suelen administrar por vía oral, se absorben en el estómago y se metabolizan en el hígado. Algunos ejemplos de estos fármacos son la fluoxetina, citalopram, sertralina, escitalopram, etc.

Las manifestaciones clínicas que nos podemos encontrar en un paciente que haya ingerido una gran cantidad de fármacos de este tipo son alucinaciones, disartria, convulsiones, mioclonías, taquicardia, visión borrosa, midriasis.

En más de la mitad de este tipo de intoxicaciones aparece un cuadro cardiovascular característico, que se puede observar incluso en las 24 horas después de la ingestión excesiva. El ECG se caracteriza por tener un ensanchamiento del complejo QRS, un alargamiento del segmento QT y una prolongación de PR.

En el tratamiento específico, está indicado el uso del carbón activado y los catárticos.

5 Discusión-Conclusión

Las intoxicaciones medicamentosas han sufrido una gran tendencia al alza en los últimos años pudiéndose llegar a considerar un problema poblacional que afecta sobre todo a las personas con edades comprendidas entre los 15-45 años.

Actualmente las intoxicaciones por benzodicepinas son las más frecuentes y las que más se atienden en los servicios de urgencias.

El manejo de las intoxicaciones en la mayoría de los casos pasa por la utilización de medidas generales basadas en la valoración y estabilización de las constantes vitales pasando por corregir cualquier alteración orgánica. En casos muy puntuales hay que recurrir a las unidades de pacientes críticos para el tratamiento de estos casos.

6 Bibliografía

1. García. E, Valverde. E, Aguado. MA, Novales J, Luque. M.I. Toxicología Clínica. Farmacia hospitalaria. Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap213.pdf>
2. López de Cerain Salsamendi A, Azqueta Oscoz A, Gil Royo AG, Vettorazzi Armental, A. Toxicología. Ed 23. Bogotá: ECOE Ediciones, 2022. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=vmBjEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=toxicologia+definicion&ots=OJmEFkufx0&sig=_aVnR4EBju4ngG1ytOEWr94E0-s#v=onepage&q&f=false
3. Puiguriguer-Ferrando J, Yates-Bailo C, Gervilla-García E, Ortega-Pérez J, Alfaro García-Belenguer E, Jiménez López R. Evolución temporal de las Intoxicaciones medicamentosas. Emergencias. 2019; 31: 107-110. Disponible en: <https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/152209/554410.pdf?sequence=1>
4. Rodríguez Rubio A. Manejo de las intoxicaciones agudas. NPunto. 2018; I (3). Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/9/manejo-de-las-intoxicaciones-agudas>
5. Morán Chorro I, Baldirà Martínez de Irujo J, Marruecos-Sant L, Nogué Xarau S. Toxicología Clínica. Grupo difusión, 2018. Disponible en: http://www.fetoc.es/asistencia/Toxicologia_clinica_libro.pdf
6. Armijo J.A, Valiente R. Administración repetida de carbón activado en el tratamiento de las intoxicaciones. Departamento de Farmacología Clínica. Hospital Marqués de Valdecilla. 2018. Disponible en: <http://esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/136833.pdf>
7. Bigorra J. Bases farmacológicas del empleo de antidotos específicos en las intoxicaciones agudas. Escuela profesional de Farmacología Clínica, Universidad de Barcelona. 2018. Disponible en: <http://esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/136835.pdf>
8. Parreño Buedo D. Tratamiento de las intoxicaciones por tóxicos dializables. Parte I. Terapias extracorpóreas y características de las sustancias potencialmente depurables. AnestesiaR. 2021; 13(10). Disponible en: <https://anestesiario.org/2021/tratamiento-de-las-intoxicaciones-por-toxicos-dializables-parte-i-terapias-extracorporeas-y-caracteristicas-de-las-sustancias-potencialmente-depurables/>
9. Del Fresno Serrano E, Matas Rodríguez C, Del Fresno Serrano MA. Actuación en caso de intoxicación por benzodiacepinas. RSI. 2021. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-en-caso-de-intoxicacion-por-benzodiacepinas/>

10. Fernández García-Abril C, Benito Gutiérrez M. Protocolo de intoxicación por paracetamol. *Protoc diagn ter pediatr*. 2021; 1: 803-810. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/56_intoxicacion_paracetamol.pdf
11. Encina Aguirre Y. Intoxicación por paracetamol (APAP). *Protocolos toxicología clínica*. Servicio Navarro de Salud. 2021. Disponible en: <https://administracionelectronica.navarra.es/AccesoFicheros/default.aspx?codigoAcceso=PortalDeSalud&fichero=Toxicologia%5CParacetamol.pdf>
12. Chefirat B, Zergui A, Rahmani C, Belmessabih M.N, Rezk-kallah H. Acute paracetamol poisonings received at the Oran University Hospital. *Informes de toxicología*. 2020; 7:1172-1177. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.toxrep.2020.08.025>
13. Castanares-Zapatero D, Dinant V, Ruggiano I, Willem H, Laterre P-F, Hantson P. Pattern of paracetamol poisoning: Influence on outcome and complications *Toxics*. 2018; 6(4):58. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/toxics6040058>
14. Bowers D, Mason M, Clinkscales M. Managing acute salicylate toxicity in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J*. 2019;41(1):76-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/tme.0000000000000227>
15. Intoxicación por digoxina [Internet]. Disponible en: <https://www.ssaver.gob.mx/citver/files/2017/04/Intoxicacion-por-Digoxina.pdf>

Capítulo 88

MARCO CONCEPTUAL Y FUNCIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ASISTENCIA AL CÓDIGO ICTUS EN ASTURIAS

MATILDE CONSUELO SÁNCHEZ MONDÉJAR

JAVIER SUÁREZ GONZÁLEZ

EMMA PÉREZ GUTIÉRREZ

LUCIA FIDALGO MIGOYA

1 Introducción

La atención integral del paciente con ICTUS en Asturias presenta diferentes aspectos a tratar según se encuentre en zona urbana o rural, las isocronas aéreas y terrestres son fundamentales en la asistencia. Dada la orografía de Asturias y el predominio rural frente al urbano, donde los recursos son limitados con distancias a recorrer por caminos o pistas de más de 20 Km, climatología adversa, dificultad en el traslado de pacientes por viviendas con malos accesos; hace que la asistencia urgente como la rehabilitación funcional posterior sean factores a tener en cuenta en la toma de decisiones para los trabajadores sanitarios en su desarrollo cotidiano de la profesión. Cómo influye el ámbito donde se produce y las posibles diferencias de actuación en los diferentes lugares donde se requiere tanto la atención urgente como la rehabilitadora posterior es el motivo de profundización del presente trabajo. ¿La asistencia al paciente con ICTUS tanto en

la urgencia como en la rehabilitación es entendida por igual según el entorno donde se produce?

La nueva asistencia emergente en las zonas rurales o remotas se encuentra en una encrucijada, este trabajo pretende visibilizar y recoger la situación actual de la asistencia urgente en Asturias como rehabilitadora y compararla en los diferentes ámbitos de la comunidad autónoma.

2 Objetivos

Estudiar los elementos del modelo de atención primaria: los circuitos entre niveles asistenciales con historia clínica electrónica, y la relación entre AP y atención hospitalaria, a través del programa del Código Ictus. Analizar cómo se desarrolla el Código Ictus en Asturias.

Profundizar sobre el marco conceptual en urgencias de atención primaria.

Profundizar sobre la rehabilitación en las zonas rurales o remotas de Asturias.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se realiza una búsqueda bibliográfica a través de internet del servicio de bibliotecas del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Se identifica en lenguaje natural los conceptos y se traduce al lenguaje documental o controlado a través de los descriptores de salud localizados en el DeCS. Con los descriptores se procede a la búsqueda en las siguientes bases de datos científicos en ciencias de la salud: PUBMED, COCHRANE, CUIDEN y SCIENTIFIC DIRECT y se enriqueció con la utilización de Google académico

4 Resultados

En la comunidad autónoma de Asturias se encuentra introducida la historia clínica electrónica tanto en atención primaria como hospitalaria. Hoy en día emerge con fuerza el nuevo paradigma tecnológico contribuyendo a la resolución de problemas, mejorando la comunicación intercentros. Los equipos multidisciplinares comparten responsabilidades en el desarrollo de sus funciones, siendo muy difíciles dividir las por estamento profesional. Es necesario el rigor profesional, la comunicación entre niveles para optimizar la urgencia y la posterior rehabilitación.

La crisis económica y de personal que envuelve a Europa afecta a la comunidad autónoma de Asturias los recortes en los recursos tanto materiales como profesionales que conlleva una restricción en la oferta de servicios. Estos recortes afectan produciendo cambios en la atención con respecto a la igualdad, calidad y eficiencia en la atención sanitaria. Queda patente que la recesión económica afecta al trabajo de los profesionales. Afectando principalmente a las zonas rurales o remotas aumentando el grado de estrés, más pacientes con problemas sociales y aumento de la carga de trabajo.

Así mismo nos encontramos que la población activa está envejeciendo la ratio de apoyo se puede ver reducida en el 2050 de 4 a 2 esto supone que pasaría a aumentar la población que quedaría descubierta principalmente en zona rural por la distribución de recursos. Es fundamental dar visibilidad para actuar en consecuencia y trabajar para minimizar la brecha con evidencia científica publicada. Fomentar y formar para la utilización de las guías de prácticas basadas en la evidencia que respaldan al personal en la atención urgente para proporcionar el apoyo necesario para mejorar resultados y dar atención segura y de calidad. La necesidad de una plantilla entrenada y estable para ser efectivos en la urgencia y rehabilitación.

La atención a urgencias presenta las siguientes fortalezas: Accesibilidad y proximidad. Estabilidad de los profesionales. Accesibilidad a la informatización de los profesionales que atienden las urgencias mejorando la eficiencia y la continuidad de la atención. Cercanía de hospitales con alta competencia. Escasa inversión en equipamientos y tecnología necesarios para optimizar resultados en la atención. Formación y entrenamiento de las plantillas.

Nos encontramos que el Ictus es una enfermedad compleja con la necesidad de atención urgente inmediata y asistencia especializada.

Optimizar la organización de los recursos para garantizar la mayor equidad en la atención al paciente con Ictus y minimizar la brecha entre la atención urbana y la rural o remota Se realizó por la sociedad española de neurología el Plan de actuación sanitaria al Ictus y en la comunidad autónoma de Asturias el PCAI Ictus que consiste en ser un programa clave de atención interdisciplinar. Actualización guía de recomendación clínica Ictus.

La atención del Ictus es desigual en Asturias, encontrando diferentes niveles de asistencia hospitalaria con el aumento de tiempo en la atención por dispersión poblacional. Hospital con equipo de Ictus, Hospital con unidad de Ictus, Hospital de referencia de Ictus.

El procedimiento operativo de Ictus indica que el paciente tiene que ser atendido en un hospital con unidades de Ictus en un tiempo inferior a dos horas desde

el comienzo de los síntomas. Esto en Asturias puede verse comprometido por la orografía y el clima hostil. Así mismo la formación en salud que se recibe en la zona urbana es más accesible que en la remota o rural detectándose más tarde la necesidad de ayuda y la activación de los recursos aumentando la mortalidad y las secuelas.

En los casos de Ictus Isquémico la fuente de activación produce variabilidad al acceso de la terapia trombolítica

5 Discusión-Conclusión

Atender el Ictus en Asturias sigue siendo un reto, por falta de recursos tanto personales como materiales. Mejorar las infraestructuras necesarias para la atención urbana y rural adecuando a las necesidades y así disminuir la brecha existente para igualar las oportunidades de superación de la enfermedad y disminución de las secuelas.

Realizar un esfuerzo para la mejora de la atención al ICTUS dotando a las zonas rurales de la infraestructura necesaria y así disminuir distancias con respecto a las zonas urbanas en los tiempos asistenciales.

Formar a la comunidad especialmente a la rural y remota en la detección precoz de los síntomas y conocimiento de la enfermedad para la disminución de los tiempos de activación, ya que juega en su contra los tiempos de traslado y el inicio de tratamiento. Nos encontramos que es insuficiente el conocimiento por parte de la población de la enfermedad y su sintomatología. Informar de como activar el servicio de emergencia para la atención temprana.

Las zonas rurales de Asturias y fronterizas se enfrentan al desafío en la prestación de cuidados precoces para el diagnóstico y tratamiento del ICTUS. Tampoco ayuda las plantillas de profesionales eventuales.

Todo lo expuesto supone que existen claras deficiencias y diferencias en la atención al Ictus en Asturias, También manifiestas para la rehabilitación y seguimiento.

Se concluye, por tanto, la importancia de las decisiones políticas con respecto la mejora de los resultados finales en los códigos dependientes y la necesidad de auditar de forma periódica para valorar la variabilidad de la brecha urbano- rural.

6 Bibliografía

1. García-Cabo C, Benavente L, Martinez-Ramos J, Pérez-Álvarez A, Trigo A, Calleja S. Analysis of the new code stroke protocol in Asturias after one year.

- Experience at one hospital. *Neurología [revista en internet]*.2018 [acceso 28 de septiembre 2023]; 33(2):92-97. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.06.004>
2. Abad P, Areán J, Benavente L, Calleja MB, Calleja S, Casado Ignacio et al. Código ICTUS Asturias. Programa clave de la atención interdisciplinar ictus [internet]. España: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2019 [acceso 22 de septiembre 2023]. Disponible en <https://www.astursalud.es/documents/35439/38466/2019+C%C3%B3digo+ICTUS+ASTURIAS.pdf/4baadf3d-ee37-d54a-dddd-abe81dce4303?t=1558439658008>
3. Benavente L, Villanueva MJ, Vega P, Casado I, Vidal JA, Castaño B, Amorín M, De la vega V, Santos H, Trigo A, Gómez MB, Larrosa D, Temprano T, González M, Murias M, Calleja S. Code stroke in Asturias. *Neurología [revista en internet]* 2016 [acceso 26 de septiembre 2023];31(3):143-148. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.07.012>
4. Estirado-Fugarolas H, Maldonado- Meléndez M. Implementation of the stroke code registry in the emergency department of a regional hospital. *Enferm Clin [revista en internet]* 2019 [acceso 22 de septiembre]; 29(1):47-53. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.09.007>
- 5- Barragan-Prieto A, Pérez-Sánchez S, Castellanos M, González A, Montaner J. The current situation of telestroke in Spain. *Neurología [revista en internet]* 2023 [acceso 25 de agosto 2023];38(7): 29-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2023.05.003>

Capítulo 89

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE UN HEMATOMA SUBDURAL SUBAGUDO EN URGENCIAS

MARÍA GEMA ORTIZ CAÑAMARES

M. PILAR NOVALBOS GOMEZ

ELENA MOROTE CUMPLIDO

MARÍA DEL CARMEN CÁMARA SEVILLA

ANA ISABEL ALMENA FRANCO

1 Introducción

Un hematoma subdural es una acumulación de sangre entre la duramadre y la superficie del cerebro. Se produce cuando hay una hemorragia por un traumatismo, por tomar anticoagulantes o espontáneamente.

Los hematomas subdurales pueden ser Agudos (los síntomas aparecen en las primeras horas), Subagudos (los síntomas aparecen a los días o semanas) y Crónicos (los síntomas aparecen progresivamente).

Dependiendo del tamaño y el lugar donde se encuentra el coágulo de sangre presionando el cerebro, los síntomas pueden variar. Los síntomas incluyen lenguaje confuso o mal pronunciado, dificultad con el equilibrio o la marcha, dolor de

cabeza, falta de energía o confusión, convulsiones o pérdida del conocimiento, náuseas y vómitos, debilidad o entumecimiento, problemas de visión o cambios de comportamiento o psicosis.

El diagnóstico del hematoma subdural se realiza mediante la realización de un TAC cerebral, el cual nos dirá el tamaño y la localización donde se ha producido la hemorragia en pocos minutos.

El tratamiento del hematoma subdural es urgente y suele ser quirúrgico, realizando una perforación de un orificio en el cráneo (trepanación) para drenar la sangre y así disminuir la presión intracaneal, aliviando los síntomas. Si el hematoma subdural es pequeño podría no necesitar tratamiento quirúrgico. Además si el paciente toma anticoagulantes, hay que retirarlos durante un tiempo.

2 Objetivos

- Estudiar los tipos de hematomas subdurales.
- Exponer los síntomas, pruebas a realizar y tratamiento de un hematoma subdural.
- Conocer las recomendaciones de enfermería una vez dado el alta el paciente.

3 Caso clínico

Ingreso urgente por hematoma subdural subagudo izquierdo (desorientación y abulia).

Antecedentes personales: Posible alergia a penicilinas (reacción cutánea hace 40 años). No otras RAMc, no HTA, no DM, prostatismo, hernia de hiato, cuadro suboclusivo hace 4 años resuelto espontáneamente e intervenido de hernia inguinal bilateral.

Tratamiento habitual: Omeprazol 20 mg, Adiro 100 mg, Metamizol, Tamsulosina 0,4 mg y Torasemida 10 mg.

Situación basal: paciente varón de 92 años, parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Deambulación con apoyo (bastón).

Enfermedad actual: el paciente presenta cuadro de desorientación y abulia, con empeoramiento en pasadas 48 h, por lo que acude al servicio de urgencias del hospital. Se realiza TC craneal urgente que muestra hematoma subdural crónico hemisférico izquierdo de gran volumen y efecto masa (desplazamiento de línea media de unos 17mm), así como membranas en su interior y algunas áreas en fase

aguda-subaguda compatible con pequeños resangrados. No refiere ni el paciente ni familiar acompañante (hijo) traumatismo craneoencefálico previo conocido en las últimas semanas-meses.

Exploración física: consciente, orientado en persona, parcialmente en persona. Fuerza 5/5 en hemicuerpo izquierdo y miembro inferior derecho, 3/5 en miembro superior derecho. Afasia motora parcial con ecolalia. No alteración de la motilidad ocular ni paresia facial.

Ante la situación Clínica (desorientación, afasia motora y paresia del miembro superior derecho) y los hallazgos radiológicos, se plantea tratamiento quirúrgico al hijo (paciente sin aparente capacidad de decisión) mediante trepanotomía y evacuación. Se explica técnica, riesgos (resangrado) y beneficios, así como alternativas terapéuticas. Entiende y da su consentimiento verbal.

Tras intervención quirúrgica y breve ingreso en REA, el paciente reingresa en planta de neurocirugía. Durante ingreso, se mantiene en todo momento estable clínica y hemodinámicamente, afebril. Reinicia tolerancia oral sin incidencias, deambula por la habitación con apoyos. Deposiciones habituales espontáneas.

La herida quirúrgica se mantiene durante todo el ingreso limpia y seca. Sin cúmulo o dehiscencias. Drenaje con mínimo débito durante 48 h, tras las cuales se retira sin incidencias. Curas habituales.

TC craneal de control evidencia mejoría radiológica de hematoma subdural, con reabsorción parcial y menor componente agudo.

Dado evolución clínica favorable, se decide alta a domicilio con control precoz. Tratamiento: mantener tratamiento domiciliario habitual (EXCEPTO Adiro), al que añadirá si dolor paracetamol 1 g 1 comprimido cada 8h, Levetiracetam 500 mg 1 comprimido cada 12 h y Dexametasona 4 Kg 1 comprimido cada 8 h durante 3 días, 4 mg 1 comprimido cada 12 h durante 3 días, 1 mg 2 comprimidos cada 12 h durante 3 días, 1 mg 1 comprimido cada 12 horas durante 3 días, 1 mg 1 comprimido cada 24 h (desayuno) durante 3 días y suspender.

Recomendaciones de enfermería

- Explicar el tratamiento a los familiares para una adecuada administración.
- Mantener en todo momento limpia y seca la herida quirúrgica.
- Puede lavarse la herida quirúrgica con agua y jabón, sin frotar, asegurando un correcto secado posterior.
- Curas con betadine a toques cada 48 h.
- Retirada de grapas quirúrgicas a los 12 días de la intervención por su enfermera de su centro de salud.
- Ayudar al paciente para que tenga una vida tranquila, evitando esfuerzos y sin coger peso así como evitar traumatismos craneales.

- Evitar la exposición solar prolongada para mejor resultado estético.
- En caso de aparición de alteraciones de herida quirúrgica (exudado, apertura), fiebre o alteraciones neurológicas (mayor somnolencia, pérdida de fuerza brusca), acudir nuevamente a urgencias.

4 Discusión-Conclusión

Tras exponer el caso clínico, observamos como el trabajo en equipo y la coordinación de los sanitarios es fundamental en situaciones de urgencias, pues para un correcto diagnóstico y posterior tratamiento de un hematoma subdural, el paciente debe de ser valorado por un neurólogo, un radiólogo, un neurocirujano, enfermeras de urgencias, TAC, planta entre otros. A nivel de enfermería, es muy importante que para un correcto triaje, conozca los síntomas de un hematoma subdural para una actuación rápida. La enfermera de planta será la encargada de instruir a los familiares y de hacer las recomendaciones adecuadas para un correcto cuidado y recuperación del paciente en su domicilio, así como advertir de los síntomas de urgencias para acudir nuevamente al hospital.

5 Bibliografía

1. Rafael García Moreno. Hematoma subdural Agudo, crónico-Secuelas[Internet]. Madrid. Disponible en: <https://neurocirugia.madrid/patologias/hematoma-subdural-toda-la-informacion/>
2. Gordon Mao. Hematomas intracraneales.MD[Internet].Johns Hopkins School of Medicine Revisado/Modificado mar. 2023. [Consultado 12 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/traumatismos-craneales/hematomas-intracraneales>
3. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 27 ago. 2019]. Hematoma subdural; [revisado 25 abril 2022; consulta 12 oct. 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000713.htm>
4. Redacción médica[Internet]. Hematoma subdural.[Consultado 12 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/hematoma-subdural>

Capítulo 90

RECOMENDACIONES POR PARTE DE ENFERMERÍA DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR

CRISTINA PAREJA CAMPO

ISABEL ANGORA PANTOJA

MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ

CRISTINA GALLEGO TIRADO

LAURA ARIAS MORA

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concreta la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al adulto mayor al suelo en contra de su voluntad, este suceso suele ser repentino e involuntario y puede ser referida por el adulto mayor o por un testigo.

Todos los años expiran en todo el mundo 649.000 individuos a consecuencia de las caídas y los mayores de 65 años son las más afectadas por ellas. En España concurre una prevalencia en cuanto a caídas de un 38,6 % en individuos mayores de los 60 años.

El inconveniente de las caídas en los individuos mayores forma uno de los signos geriátricos más alarmantes por su elevada incidencia en esta parte de la población, los adultos mayores se caen y además, lo hacen repetidas veces, ya

que la caída además, es un condicionante de riesgo para volver a caerse con más asiduidad. Los individuos que son más activas suelen caerse más asiduamente en la calle y, al contrario, las que no lo son suelen hacerlo en el interior de sus hogares.

Las caídas se toman como una consecuencia natural del envejecimiento por lo que es un problema al que en muchos momentos no se le presta la atención requerida, y no se tiene en cuenta que acarrearán significativas consecuencias físicas, psicológicas y sociales para el adulto mayor.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Concienciar a la población de que las caídas en el adulto mayor son una problemática de salud pública y no solamente una consecuencia de la edad.

Objetivos secundarios:

- Saber las medidas que debemos acoger para prevenir una caída.
- Informar de las consecuencias y repercusiones que conllevan las caídas en la salud y en la calidad de vida de los adultos mayores.
- Saber cómo actuar ante una caída.

3 Metodología

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

4 Resultados

En las caídas de los adultos mayores tenemos una importante problemática de salud pública, ya que estas caídas en esta sección de la población y, sobre todo en los mayores de 65 años, pueden ser incluso mortales en muchas ocasiones. De esta manera, provienen en muchos casos de incapacidad en los adultos mayores. ¿Por qué las caídas de los adultos mayores son tan comunes? Las caídas en los adultos mayores son tan usuales por diversos elementos. Uno de ellos es la edad, el paso de la edad añade una pérdida de capacidad visual y auditiva, así como una

rigidez paulatina en los músculos y articulaciones que origina que se desarrollen cambios como cierta dificultad para caminar, menor control del equilibrio y una reducida calidad en los reflejos.

Debemos tener en cuenta que las caídas pueden a veces ser indicativas de problemas de salud en el adulto mayor que se desconocen, y que por tanto deben ser identificadas para aplicar el tratamiento pertinente.

Más de la mitad de las caídas acontecen en el domicilio y un 40 % de ellas puede ser perfectamente prevenibles de una manera económica y sencilla.

Existen varios tipos de elementos de riesgo. Unos son los que estriban del propio adulto mayor y otros los que dependen del entorno en el que vive. Estos últimos son todos usualmente corregibles y es un deber de familiares y cuidadores inspeccionarlos para prevenir una caída. Los elementos que dependen del adulto mayor pueden no ser corregibles ni mejorables en muchas ocasiones.

Dentro de los elementos de riesgo que dependen del adulto mayor tenemos: la edad, el estado mental y emocional (las demencias el estar deprimidos, etc...), dificultad para caminar, fármacos, así como los adultos mayores que han sido últimamente dados de alta o que pasan una convalecencia ya que son más susceptibles de sufrir una caída.

En cuanto a los elementos de riesgo que dependientes del entorno donde vive el adulto mayor deben ser revisados y adecuadamente adaptados en la medida que sea posible a las necesidades de este.

Debemos retirar las alfombras, allanar suelos irregulares o resbaladizos, vigilar que los objetos que usa habitualmente el adulto mayor no estén colocados en lugares muy altos o inaccesibles, que el calzado y ropa que utilice sean los adecuados, vigilar que su cama esté lo bastante baja para que el adulto mayor se acueste y se levante fácilmente, así como indicarles de que se levantan despacio de la cama y colocar dispositivos en los cuartos de baño que hagan estos mucho más seguros para los mayores.

Además, debemos tener en consideración que ciertas enfermedades como la diabetes o la tensión arterial descontrolada y algunos medicamentos como los tranquilizantes o pastillas para dormir pueden hacer que se encuentren más débiles o mareados, lo que incrementa el riesgo de caídas.

Uno de los grandes problemas derivados de las caídas son las fracturas. La tasa de mortalidad incrementa un 20% en los enfermos que han sufrido una fractura y la mitad de los que sobreviven a ella no vuelven a recuperar la movilidad y funcionalidad que tenían antes, lo que es de vital importancia para los individuos adulto mayores.

Ante la caída de un adulto mayor debemos actuar con calma y observar si el

individuo tiene posibles daños antes de levantarlo enseguida. Si existe dolor le colocaremos la cabeza hacia un lado para que pueda respirar adecuadamente y procuraremos no moverlo.

Si el adulto mayor está inconsciente u observamos en él alguna deformidad debemos avisar al servicio de emergencias 112. Si por contrario se encuentra bien y no presenta dolor le ayudaremos a levantarse teniendo la cautela de no tirar nunca de sus brazos para hacerlo. Lo más acertado es posicionarlo boca abajo para que pueda apoyar los codos y las rodillas y con la ayuda de un objeto firme en el que apoyar sus manos se incorpora lentamente. Nosotros a su vez nos emplazaremos detrás para proporcionarle apoyo y evitar que vuelva a caer. Siempre es aconsejable ir al médico después de una caída para descartar que no existan lesiones internas.

5 Discusión-Conclusión

Las caídas son el motivo principal de lesiones en los individuos mayores, sobre todo entre las mujeres, por lo que es de vital importancia tratar de evitarlas en la medida de lo posible.

Las caídas conllevan problemas de inmovilidad en los mayores, pérdida de autonomía, disminuye su calidad de vida, y a menudo requieren hospitalización o operaciones quirúrgicas que implican un gran riesgo para estos individuos.

Los adultos mayores después de haber padecido una caída suelen denotar un estado continuo de ansiedad, tienen el miedo de volver a caer otra vez y pierden confianza en ellos mismos. Todo esto lleva a una reducción de las actividades de la vida diaria y a un posterior aislamiento social.

Así mismo, la reacción de las familias cuando el adulto mayor comienza a tener este problema es de sobreprotección, lo que acaba a su vez, limitando la relativa autonomía del adulto mayor.

El médico de familia tiene el deber de vigilar y observar a aquellos adultos mayores con riesgo de sufrir una caída y poder así advertir las consecuencias físicas y psicológicas que estas acarrearán.

Debemos conceder la mayor importancia a fomentar que el adulto mayor se mantenga activo, aconsejando la práctica de ejercicio adecuada para su edad, suministrándoles un entorno seguro y la revisión periódica de sus medicamentos. Las caídas son uno de los motivos principales que incrementan exponencialmente las probabilidades de que un adulto mayor acabe siendo institucionalizado en una residencia geriátrica. La prevención es el medio más eficaz para reducir y evitar este trascendental problema en nuestros mayores.

6 Bibliografía

1. Incidencia y consecuencias de las caídas en población anciana viviendo en la comunidad. A. Salvá, I Bolívar, G. Pera, C. Arias.
2. Caídas en el adulto mayor. med Clin (Barc), 133 (2009).pp 147-153.
3. larescvalenciana.org>caídas-individuos-mayores.
4. geriaticarea.com/2016/03/16/ caídas-en-individuos-mayores-riesgos-causasyprevención.
5. Terra Jonas Lucélia, Vitorelli Diniz Lima Karolina, Inácio Soares Mirelle, Mendes Maria Angélica, Silva José Vitor da, Mônica Ribeiro Patrícia. Evaluación del riesgo de caídas en las individuos mayores: ¿cómo hacerlo?. Gerokomos [Internet]. 2014 Mar [citado 2022 Feb 18] ; 25(1): 13-16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100004&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100004>.

Capítulo 91

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL USO DE BENZODIACEPINAS

CRISTINA PAREJA CAMPO

ISABEL ANGORA PANTOJA

MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ

CRISTINA GALLEGO TIRADO

LAURA ARIAS MORA

1 Introducción

El uso de ansiolíticos en España es más alto que a la media europea, según un informe publicado por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, con lo que se debería invertir tiempo por parte de los profesionales en determinar cuál es el origen del insomnio, del dolor etc. que originan este malestar. En este entorno, es donde aparece el profesional de enfermería para ayudar a disminuir el excesivo consumo de las benzodiacepinas, a través de las actividades que potencien el estado de equilibrio de salud de toda la población, sobre todo de los pacientes ancianos, que son los que tienen más riesgo de eventos adversos como las caídas por el consumo de este tipo de fármacos.

Las benzodiacepinas son una clase de psicofármacos que se utilizan en episodios agudos, indicado en los episodios de insomnio y en trastornos de la ansiedad, sin embargo, también se utilizan en episodios de convulsiones durante la epilepsia o en contracturas musculares que son graves. Estos fármacos tienen su acción

farmacológica a través de la unión al receptor del neurotransmisor ácido gamma amino butírico, tienen más capacidad de unirse al receptor gabaérgico que al propio neurotransmisor.

Los ancianos son un grupo de la población de más riesgo a la hora de recetar y dar los fármacos, además aparecen más cambios físicos que afectan a la farmacocinética.

2 Objetivos

Analizar el uso de benzodiacepinas y sus repercusiones y el papel que ejerce el personal de enfermería con respecto a ello.

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: PubMed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El motivo es que el uso de benzodiacepinas de forma continuada en el tiempo causa unos efectos como sedación excesiva, alteraciones psicomotoras, un riesgo de caídas, la depresión y deterioro cognitivo. Además, el uso prolongado de estos fármacos puede causar adicción.

Según el estudio de Da SilvaGama, las benzodiacepinas son unos fármacos que más se relacionan con las caídas de los ancianos, seguido de los neurolépticos y los antidepresivos. En cambio, la polimedicación solo se determina que es significativo en algunos estudios, no es algo general que se pueda extrapolar a todos los pacientes ancianos. Un efecto más asociado a las caídas son la debilidad muscular, alteraciones de la marcha y un deterioro cognitivo, que en la mayoría de las veces son provocados por el exceso del uso de las benzodiacepinas.

El uso de ansiolíticos en España es más alto que a la media europea, según un informe publicado por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, con lo que se debería invertir tiempo por parte de los profesionales en determinar cuál es el origen del insomnio, del dolor etc. que originan este malestar.

Según un artículo de Fuentes-Hita y García-Reyes, se observa que a través de unas pautas sencillas para ir disminuyendo la dosis de las benzodiacepinas hasta retirarlas, con un seguimiento por parte del personal de enfermería, se previenen los efectos adversos de todas las prescripciones innecesarias, además de que tiene como consecuencia un importante ahorro en el gasto de sanidad. Esto es muy importante, ya que se ha visto que las reacciones adversas de las benzodiacepinas son más peligrosas en los ancianos que en personas jóvenes, y por este motivo es esencial hacer una buena intervención en el abandono de estos fármacos para que no se produzcan el temido síndrome de abstinencia o las recaídas.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de enfermería son los que se encargan de ver las necesidades de los pacientes de forma individual y observando continuamente desde una visión holística. Según las necesidades que se encuentren en los pacientes ancianos, darán la educación sanitaria que le corresponde para comunicarles los cambios normales respecto al sueño que se presentan como resultado del envejecimiento del anciano. Además, son los encargados de fomentar hábitos saludables para que los lleven a cabo antes de irse a la cama, y así que favorezcan el sueño de una manera natural y evitar tener que recurrir al abuso de fármacos benzodiacepinas.

6 Bibliografía

1. Fernández-Conde A, Vázquez-Sánchez E. El sueño en el anciano. Atención de Enfermería. Enferm Global. 2007; 10:1-17.
2. García-Fernández JJ, González-Pérez C, Martín-Sánchez MD, Sánchez- Bara- gaño MA, Bernardo-Vega J, Menéndez Rodríguez MA. Consumo de fármacos psicotrópicos en los ancianos. Rev. San Hig Pub. 1994; 68(2):303-310.

Capítulo 92

ENFERMERÍA TRAS UNA AMPUTACIÓN SUPRACONDÍLEA DE UN MIEMBRO INFERIOR

CRISTINA PAREJA CAMPO

ISABEL ANGORA PANTOJA

MARÍA IZQUIERDO GONZÁLEZ

CRISTINA GALLEGO TIRADO

LAURA ARIAS MORA

1 Introducción

Los traumatismos serían la séptima causa de amputación. Clasificaremos a las amputaciones en dos, las de origen traumático y las quirúrgicas:

- Amputación traumática: es la pérdida de una parte del cuerpo, que ocurre como resultado de un accidente o una lesión.
- Amputación quirúrgica: es aquella electiva o programada para ser realizada por medio de un acto quirúrgico.

Una amputación es la pérdida de una pieza anatómica del cuerpo, en este caso nos centraremos en el miembro inferior, que puede ser de forma traumática o quirúrgica.

Entre las causas más habituales se destacan la diabetes y la enfermedad isquémica.

La readaptación ante una discapacidad física adquirida será mejor tolerada si desde el primer momento del postoperatorio se insiste en dar al paciente de los conocimientos necesarios para su posterior autocuidado y evitar complicaciones y dudas que generen más estrés del que ya genera este evento.

Las complicaciones más comunes en el postoperatorio son la infección, hemorragia, retracciones del muñón o contracturas del mismo. La mayoría de las complicaciones aquí presentadas se pueden evitar, con una temprana, adecuada y pertinente intervención por parte de los profesionales involucrados en el proceso, específicamente en las etapas quirúrgica y posquirúrgica inmediata, que será de lo que tratará este capítulo.

2 Objetivos

- Definir un plan de cuidados estandarizado de enfermería, visualizando los procedimientos correctos post-amputación quirúrgica del miembro y así mejorar la calidad y los cuidados durante el ingreso hospitalario del paciente.

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: PubMed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Los pasos a seguir para la cura de estos pacientes son:

- Cura del muñón: La primera cura se realizará a las 48 h de la intervención quirúrgica. Si en el transcurso de ese tiempo estuviera empapado el vendaje se procederá a reforzar el mismo por encima sin retirarlo.
- Vendaje muñón: Su correcto vendaje es importante para: reducir edema, facilitar el retorno venoso, evitar la retracción del abductor de la ingle y remodelar el muñón.

Todos los vendajes deben comenzar en la parte más alta de los muñones y nunca en la parte baja. La técnica de realización amputación transfemoral consiste en poner al paciente en decúbito supino, se comienza en la cara anterior, a nivel del ligamento inguinal, fijando el paciente las esquinas con sus pulgares, se cubre

longitudinalmente la parte central y se pasa a la cara posterior hasta el surco glúteo, para que desde aquí dar una o dos vueltas circulares.

- Higiene muñón: El paciente en su casa se recomienda que lave el muñón con agua y jabón todos los días. Cuando la piel es especialmente sensible se recomienda emplear un jabón neutro o si hay infecciones menores de la piel, se debe usar desinfectante.
- Postura del paciente en la cama: Evitará posturas incorrectas como:
- No debe permanecer con flexión de la articulación de la cadera y de la rodilla de forma prolongada, ni en la cama ni sentado.
- No colocar almohadas bajo la rodilla o la cadera ni entre las piernas.
- No cruzar las rodillas.
- No dejar el muñón colgando en la cama.
- No colocar almohada en la zona lumbar.

El personal de enfermería debe valorar tipo y características del dolor, realizar e instruir en posturas a llevar a cabo, vigilar el apósito o vendaje quirúrgico, vigilar la aparición de síntomas de hemorragia, palidez, sudoración, taquicardia, vigilar signos y síntomas de infección local como el dolor, tumor, calor y rubor.

5 Discusión-Conclusión

La complicación más temprana y más frecuente, como ya se ha descrito con anterioridad, son el dolor de la zona amputada, la hemorragia o el hematoma. Con posterioridad la infección o mala cicatrización. Como complicaciones tardías cabe señalar el edema del muñón o la contractura en flexión de la cadera del miembro residual por la falta de reeducación postural.

Es esencial la labor de enfermería tanto en los cuidados postamputación como para la realización de una adecuada educación sanitaria posterior. De esta forma habrá una disminución de la posibilidad de complicaciones. La aplicación del proceso de enfermería como método de trabajo, con la planificación y estandarización de los cuidados.

6 Bibliografía

- Mas Esquerdo J., Maruenda Fernández R., Robles Sánchez J.I. Tratamiento neuropsicológico de “dolor de miembro fantasma”: a propósito de un caso. Sanid. Mil. [Internet]. 2013 Sep [citado 2020 Dic 01]; 69(3): 195-202.

Capítulo 93

LA VÍA INTRAÓSEA Y SU MANEJO

ESTHER CAMPA MENENDEZ

1 Introducción

La vía intraósea es un acceso vascular rápido, seguro y efectivo para administrar fármacos, líquidos y productos sanguíneos que consiste en la introducción de un catéter en la médula ósea que se fundamenta en la capacidad de drenaje al sistema venoso central existente en el canal medular de los huesos largos. Las células óseas se organizan longitudinalmente al hueso formando los canales de Havers alrededor de un vaso sanguíneo, los cuales están conectados entre sí por los canales de Volkman, que a su vez penetran en el periostio logrando comunicar el espacio intraóseo y la circulación sistémica.

En la actualidad contamos con la vía intraósea como una vía rápida, segura y efectiva para administrar fármacos, líquidos y productos sanguíneos, llegando incluso a obtener muestras de sangre medular para el análisis correspondiente. Si el acceso venoso es complicado, o si no se logra canalizar en menos de 60 segundos en caso de los pacientes pediátricos o tras dos intentos fallidos o después de 90 segundos en adultos se debe de considerar la vía intraósea ya que las concentraciones plasmáticas de los fármacos son comparables con la inyección a través de una vía venosa periférica.

Existen multitud de dispositivos que podemos utilizar para la canalización de una vía intraósea, aunque para facilitar su clasificación podemos dividirlos en:

☒ Manuales: dichos dispositivos son los menos costosos, aunque en contraposición son los que más dolor causan al realizar su inserción de forma lenta, también requieren la realización de cierta fuerza por parte del personal de enfermería que va a realizar la técnica y su utilización es más complicada que el resto. La ventaja con la que cuentan estos dispositivos es la sensación por parte del personal de

enfermería que ayuda a distinguir cuando se perfora la cortical y penetramos en la medula ósea. El mayor inconveniente es que en niños mayores y en adultos el cortical puede ser muy dura llegando a dificultar atravesarla. Los dispositivos que nos encontramos en este grupo son fundamentalmente tres: Jamshidi, Fast1 o Cook Dieckman.

☒ Auto-disparables: dispositivos que aumentan de costos, que siguen causando dolor, aunque menos que las anteriores mencionadas, en este caso no requiere por parte del personal sanitario el uso de fuerza. Los dispositivos que se encuentran dentro de este grupo son: Bone Injection Gun (BIG) o Fastx.

☒ Con Motor: solo encontramos el taladro de infusión intraósea EZ-IO que es un dispositivo que permite el acceso vascular intraósea por rotación. El taladro es pequeño y de elevado coste, pero es reutilizable para 1000 usos, no estéril, con batería de litio no recargable que alimenta un motor eléctrico. Las agujas son de calibre único.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es:

☒ Realizar una revisión sistemática que identifique el estado de la vía intraósea en la actualidad conociendo su utilidad.

Como objetivos secundarios nos hemos planteado:

☒ Conocer los diferentes dispositivos utilizados para la introducción de la vía intraósea.

☒ Identificar los fármacos que se pueden utilizar por dicha vía.

☒ Determinar las pruebas analíticas que se pueden obtener mediante sangre proveniente de la medula ósea.

☒ Averiguar los lugares mas frecuentes de punción intraósea

☒ Conocer el volumen de fluidoterapia que se puede administrar por vía intraósea

☒ Identificar los cuidados necesarios para la prevención de complicaciones

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos: Pubmed, Lilacs, Ibecs, Cuiden, Medes, Cuidatge y Science Direct.

Los descriptores utilizados para la búsqueda en las bases de datos fueron Urgencias médicas (Emergencias), Enfermería de urgencias (Emergency Nursing), Medicina de emergencia (Emergency medicine), Medicina de emergencia basada

en la evidencia (Evidence-Based Emergency medicine), Servicios médicos de urgencia (Emergency Medical services) y Ambulancias (Ambulances) que se alternaron en las búsquedas con los criterios mesh Intraosseous infusión y Intraosseous (Intraósea). Estos descriptores o términos mesh se vincularon mediante el operador booleano “AND”.

Se incluyeron todos los artículos disponibles en acceso abierto al texto completo y se excluyeron aquellos en los que la población a estudio fuesen animales en lugar de humanos.

4 Resultados

Material y técnica necesaria

Para la correcta colocación de la vía intraósea necesitaremos el siguiente material:

☒ Antiséptico (clorhexidina 2% o povidona yodada)

☒ Gasas estériles

☒ Paños estériles

☒ Lidocaína al 1% o al 2%

☒ Jeringas y agujas de varios tamaños

☒ Suero fisiológico

☒ Sistema de infusión

☒ Llave de 3 pasos con alargadera

☒ Esparadrapo o equipo de fijación

☒ Dispositivo de punción intraóseo

Se debe posicionar al paciente en función de la zona seleccionada, siempre teniendo en cuenta la edad, características, necesidades del paciente y las posibles complicaciones. La técnica se realizará asépticamente desinfectando ampliamente la zona de punción y colocando un paño fenestrado para asegurar la asepsia. El personal que vaya a realizar la técnica se realizará un lavado de manos y para la inserción se recomienda el uso de guantes estériles. Antes de proceder con la inserción, si el paciente está consciente debemos utilizar el anestésico local en los tejidos blandos. Si el dispositivo es tipo manual (tipo Jamshidi o Dieckman): se cogerá la aguja intraósea firmemente con la mano dominante de tal manera que la empuñadura se sitúe en el talón interno de dicha mano y los dedos índice y pulgar la sujeten aproximadamente a 2 cm de la punta para evitar profundizar mucho (en la mayoría de dispositivos encontramos una marca de referencia). Con la otra mano localizamos el punto. Se puncionan la piel y el tejido celular subcutáneo hasta llegar al periostio, se introduce la aguja con un movimiento suave pero

firme, rotatorio si es necesario, hasta notar como se vence traspasa el periostio, lo que indica que se ha llegado al canal medular. Si el dispositivo es auto-disparable (BIG). Elegiremos primero la profundidad de penetración según la edad del paciente o según la estructura ósea. Se sujeta firmemente y con una mano sobre el punto de punción elegido. Nos cercioramos de su correcta posición para evitar accidentes y retiraremos el seguro de color rojo. Colocamos la otra mano sobre la parte superior de la pistola haciendo presión hacia abajo. Presionamos con los dedos la pestaña notando como se lleva el mango hacia arriba disparando la pistola. Si el dispositivo de la intraósea es tipo taladro (EZ IO), insertar la aguja que previamente hemos elegido teniendo en cuenta la edad y el lugar de punción, presionar sobre el punto elegido, con una sujeción suave y guiando el taladro hacer la inserción, activar el mecanismo hasta que la última marca de la aguja sea visible a 5mm de la piel y retirar el mango del taladro. Comprobaremos que la punción ha sido correcta cuando la aguja no se mueve. Aspiraremos medula ósea con una jeringa y realizaremos la extracción de medula ósea (no siempre es posible obtener medula ósea) inyectaremos a continuación un bolo de suero fisiológico (si el paciente está consciente se recomienda administrar antes lidocaína ya que el dolor provocado por los sensores de presión que se sitúan en el interior del hueso es una de las principales dificultades en el paciente consciente). Por último, conectaremos el sistema de sueroterapia y fijaremos el acceso correctamente.

Fármacos y fluidos a administrar

Muchos fluidos y medicaciones pueden administrarse por vía intravenosa periférica pueden administrarse por vía intraósea, usando la misma dosis, tasa y concentración, tanto en niños menores de 6 años como en adulto, bien en bolos o por perfusión continua. En cuanto a las medicaciones utilizadas en los algoritmos de resucitación, observamos que tanto la adrenalina, adenosina, amiodarona, atropina, bicarbonato, calcio, glucosa, lidocaína, magnesio y sueros de infusión pueden administrarse por vía intraósea de forma segura igual que en la vía venosa periférica. La mejor forma de asegurar la llegada de estos fármacos a la circulación sistémica es administrando acto seguido un bolo de 5 ml de suero fisiológico a presión. Además, permite la obtención de muestras de sangre para algunas determinaciones analíticas como valores bioquímicos (urea, creatinina, glucosa), electrolitos (sodio, potasio, magnesio, lactato y calcio), hematocrito y hemoglobina. Aunque se ha constatado que una muestra médula ósea tras 30 minutos empieza a perder fiabilidad en algunos parámetros como potasio, magnesio y glucosa. También puede utilizarse para la determinación de gases en sangre siendo los más fiables PH Y PCO2.

Lugar de punción

Con respecto al lugar de punción, antes de la inserción debemos tener en cuenta los diferentes puntos posibles; todo hueso que contenga médula roja es susceptible de usarse como vía intraósea, aunque debemos tener en cuenta la edad del paciente, la accesibilidad que tengamos al enfermo (pacientes amputados, atrapados...), el motivo para la utilización de esta vía y los riesgos potenciales. En este caso realizaremos una división por edad:

☒ Menores de 6 años y neonatos o Tibia próxima: es una de las zonas de punción más utilizadas en estos pacientes, dado que posee un espacio medular abundante y vascularizado línea media cara antero-interna tibial, 1-3 cm por debajo de la tuberosidad tibial anterior. o Fémur distal: la porción distal del fémur es un lugar de difícil penetración por el recubrimiento muscular y graso. Localizaremos el lugar de punción a 2-3 cm sobre el cóndilo externo, la aguja debe de seguir la dirección cefálica. o Tibia distal: ya sea en el maléolo externo como en el interno. o Otras localizaciones menos frecuentes: húmero proximal calcáneo, clavículas, trocánter mayor, crestas ilíacas...

☒ Mayores de 6 años y adultos o Tibia proximal: mismas referencias que en el caso anterior. o Tibia distal: mismas referencias que en el caso anterior. o Húmero proximal: se realiza en el trocánter mayor en dirección a la apófisis coracoides. Para esta inserción debemos colocar el brazo en rotación interna y lo más pegado al cuerpo, introduciendo la aguja en un ángulo de 45° para poder sortear el cartilago epifisario. También debemos tener en cuenta el riesgo de perforación del surco intertubercular con el fin de evitar lesiones en el bíceps braquial. o Crestas ilíacas: para esta punción colocaremos al paciente en decúbito lateral, buscando la cara inferior de la espina dorsal ilíaca. o Otras localizaciones menos frecuentes: trocánter mayor, esternón, clavículas, fémur distal, apófisis estiloides cubital, calcáneo...

Cuidados de Enfermería

Como primera actuación debemos registrar la fecha y hora de inserción, el tipo de catéter (siendo muy importante el tamaño utilizado dependiendo de la zona de punción), lugar de inserción y medicación administrada. Si la vía ha de mantenerse durante varias horas es aconsejable desinfectar el punto de punción cada 4-6 horas y cambiar el apósito protector cada vez que este húmedo o manchado de sangre. Mantendremos inmovilizada la extremidad en la medida de lo posible para evitar la salida accidental de catéter. Como realizamos en la administración de medicación mediante la vía periférica comprobaremos los 5 correctos (paciente, medicamento, dosis, vía de administración y horario), las alergias del paciente y la correcta colocación del dispositivo, vigilemos el punto de punción

(color y temperatura) en el caso de la vía intraósea comprobaremos los pulsos distales, el relleno capilar y el diámetro del miembro donde está insertado el catéter (para la prevención del síndrome compartimental), en la medida de lo posible utilizaremos apósitos transparentes para vigilar el punto de punción (aunque la vía se mantendrá el menor tiempo posible para evitar la maceración de la piel y la colonización a través del punto de punción de microorganismos a la medula ósea).

Para su retirada giraremos suavemente en sentido horario mientras aplicamos tracción en el catéter (ni balanceos, ni flexionaremos nunca el catéter). Procederemos a la desinfección con povidona yodada y mantendremos una presión con un apósito oclusivo durante un tiempo no inferior a 5 minutos, posteriormente dejaremos tapada la zona con un apósito estéril seco y la vigilarémos periódicamente las primeras 48 horas.

Contraindicaciones

Existen algunas contraindicaciones en el uso de la vía intraósea, las cuales se pueden dividir en dos grandes grupos:

☒ Contraindicaciones absolutas entre las que se encuentran la fractura del hueso donde realizaremos la punción, acceso intraóseo en las últimas 24 horas en la misma extremidad y en traumatismos abdominales graves la punción en los miembros inferiores.

☒ Contraindicaciones relativas como la osteoporosis, infecciones locales en el lugar de punción, ausencias de referencias anatómicas óseas o exceso de partes blandas en el punto de inserción, tumores óseos y quemaduras en el lugar de inserción.

5 Discusión-Conclusión

Tras la lectura y revisión de los artículos, se pueden desprender las siguientes conclusiones:

☒ Respecto a la utilización de la vía intraósea la bibliografía nos muestra que es una vía rápida, segura y efectiva para administrar fármacos, líquidos y productos sanguíneos, ya que el inicio de acción de los fármacos y el tiempo para alcanzar una concentración plasmática adecuada son similares a los de una vía venosa central.

☒ Teniendo en cuenta los instrumentos disponibles que existen para la canalización de la vía intraósea los más utilizados son: el tipo taladro EZ-IO y los dispositivos BIG y Dieckman. Viéndose relegados al ámbito militar los dispositivos esternales.

- ☒ Con respecto a los fármacos que se pueden administrar observamos que todos los necesarios para la resucitación son admitidos a través de la vía intraósea.
- ☒ Analíticamente podemos obtener muestras para algunas determinaciones de bioquímica, electrolitos, hematocrito y hemoglobina, aunque se recomienda que el análisis de dichas muestras se realice lo antes posible ya que pasados 30 minutos algunos parámetros pueden perder fiabilidad.
- ☒ Si tenemos en cuenta los lugares de punción los más usados serían: la zona humeral proximal, la tibia proximal y la tibia distal.
- ☒ En lo que se refiere a flujo de infusión la bibliografía varía dependiendo del estudio consultado y de si se aplica presión externa al líquido infundido habla de infusiones medias de cinco litros por hora en húmero proximal y de tres litros y medio en el caso de la tibia proximal, lo que si encontramos en común con las fuentes revisadas es la presión necesaria para el líquido a infundir de 300 mmHg.
- ☒ Si hablamos de los cuidados de enfermería vemos que no se necesitan unos grandes cuidados, usando unas medidas de asepsia a la hora de la colocación y la retirada y vigilando el lugar de punción podemos evitar las complicaciones.
- ☒ Es importante tener en cuenta el apartado de contraindicaciones absolutas ya que son los únicos casos en los que no se recomienda el uso de la vía intraósea, en cuanto a las contraindicaciones relativas está en manos del personal sanitario ponderar los riesgos/beneficios que se pueden obtener.
- ☒ En el caso de las complicaciones después de la inserción del catéter intraóseo la más común es la extravasación.
- ☒ Respecto al material utilizado para la canalización de la vía intraósea la bibliografía nos muestra que, con pocos materiales salvo el dispositivo, se puede realizar la canalización.

6 Bibliografía

- Foëx, B. A. (2000). Discovery of the intraosseous route for fluid administration. *Emergency Medicine Journal*, 17(2), 136-137.
- Hammer, N., Möbius, R., Gries, A., Hossfeld, B., Bechmann, I., & Bernhard, M. (2015). Comparison of the fluid resuscitation rate with and without external pressure using two intraosseous infusion systems for adult emergencies, the CITRIN (Comparison of InTRAosseous infusion systems in emergency medicine)-Study. *PloS one*, 10(12), e0143726.
- Lee, P. M., Lee, C., Rattner, P., Wu, X., Gershengorn, H., & Acquah, S. (2015). Intraosseous versus central venous catheter utilization and performance during inpatient medical emergencies. *Critical care medicine*, 43(6), 1233-1238.

Petitpas, F., Guenezan, J., Vendeuvre, T., Scepi, M., Oriot, D., & Mimos, O. (2016). Use of intra-osseous access in adults: a systematic review. *Critical care*, 20(1), 1-9.

Szarpak, L., Truszewski, Z., Smereka, J., Krajewski, P., Fudalej, M., Adamczyk, P., & Czyzewski, L. (2016). A randomized cadaver study comparing first-attempt success between tibial and humeral intraosseous insertions using NIO device by paramedics: a preliminary investigation. *Medicine*, 95(20), e3724.

Capítulo 94

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

JESUS GONZALEZ CORCOLES

MARIA GONZALEZ CORCOLES

RUBEN LEAL ARANDA

LAURA SUAY ABARCA

MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO

1 Introducción

La falta de glóbulos rojos se conoce como anemia. Proporcionar oxígeno a los tejidos del cuerpo es tarea de los glóbulos rojos.

Los pacientes con problemas de insuficiencia renal con frecuencia experimentan anemia como resultado de una cantidad inadecuada de EPO (una hormona producida por los riñones).

El término "anemia" se utiliza para describir varios tipos diferentes de anemia.

- Anemia, provocada por la deficiencia de ácido fólico.
- Anemia provocada por una deficiencia de B12.
- Anemia relacionada con enfermedades de larga duración.

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

La anemia por deficiencia de hierro es el tipo de anemia más común entre las mencionadas anteriormente.

Estos son algunos de los signos más comunes de este tipo de anemia, junto con fatiga, piel pálida, deficiencia, pies y manos fríos y falta de apetito.

La anemia es uno de los efectos adversos más típicos en personas con enfermedad renal crónica (ERC). En pacientes con este tipo de patología, la anemia se define como la situación donde se presenta la concentración de la sangre.

La concentración promedio de hemoglobina en sangre, después de ajustar por edad y sexo, es dos desviaciones estándar más baja que la concentración promedio de hemoglobina en sangre de la población general.

La anemia es provocada principalmente por la producción insuficiente de la hormona eritropoyetina endógena en los pacientes con enfermedad renal crónica, que afecta la maduración y diferenciación de los precursores de los glóbulos rojos.

2 Objetivos

Describir los roles y consideraciones que debe realizar enfermería para el manejo y control de la anemia en pacientes con enfermedad renal crónica.

3 Metodología

Luego de realizar una revisión de la literatura sobre cuidados de enfermería al paciente con enfermedad renal crónica, se generó este documento utilizando como motor de búsqueda Google Scholar. Algunas de las fuentes que se han utilizado incluyen sitios web, revistas y bases de datos de salud.

4 Resultados

Los objetivos del protocolo son comprender las pruebas que se deben solicitar en caso de que un paciente con enfermedad renal crónica desarrolle anemia, el diagnóstico diferencial de la anemia renal, cómo identificar y tratar otras anemias carenciales y los requisitos para derivar a pacientes anémicos con ERC a nefrología u otras especialidades.

El tratamiento de la anemia puede mejorar la calidad de vida, retardar la progresión de la enfermedad renal, reducir el riesgo de ataques cardíacos e hipertrofia ventricular izquierda, mejorar la función cognitiva y aumentar la tolerancia al ejercicio.

Las siguientes son las funciones de la enfermería.

- La atención a un paciente con enfermedad renal crónica es más complicada que otras especialidades de enfermería, por lo que requiere una formación especializada por parte de quienes la brindan. Lo perfecto es necesario para la salud de este paciente combinando todos los conocimientos y habilidades disponibles.
- Según sea necesario, vigile su nivel de hidratación (pulso adecuado, presión arterial adecuada cuando de pie y mucosas húmedas). Si lo requiere, en cualquier momento dar líquidos. Esté atento a sus signos vitales según sea necesario.
- Para que el paciente comprenda las complicaciones, las restricciones sobre lo que puede comer y beber y cómo utilizar los medicamentos, se debe comprender la hemodiálisis. Una persona con insuficiencia renal experimenta cambios en su rutina diaria amenazas a su propia reputación, etc. Al paciente le resulta difícil adherirse a la terapia debido al estrés, el conflicto y la ansiedad de estos cambios.
- Como resultado, los cuidados de enfermería deben utilizarse activamente en la práctica clínica para ayudar a los pacientes en diálisis a cuidarse a sí mismos recibiendo retroalimentación periódica.
- Los pacientes con enfermedad renal crónica pueden adquirir los conocimientos básicos a través de la educación conocimientos que le permitan participar activamente en la toma de decisiones sobre su propio cuidado para obtener los resultados deseados.

5 Discusión-Conclusión

Los diagnósticos de enfermería se utilizan para identificar intervenciones de enfermería, definir objetivos de pacientes y describir pacientes con problemas. Además, brindan a las enfermeras un lenguaje profesional para utilizar cuando hablan con otros profesionales y entre sí.

La importancia de reconocer los diagnósticos de enfermería típicos en pacientes con ERC sustenta el deseo de brindar a los profesionales de enfermería los recursos que necesitan para brindar apoyo a la planificación a los pacientes renales crónicos.

Los pacientes pueden beneficiarse de la asistencia de las enfermeras para lograr mejores resultados, desarrollar actitudes positivas hacia su atención y volverse más independientes brindándoles educación continua sobre temas que les interesan.

Los diagnósticos de enfermería que frecuentemente son impactados en pacientes con enfermedad renal crónica pueden ser identificados por el enfermero, quien luego puede organizar y dirigir acciones que tiendan a mejorar la calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Anemia [Internet]. Medlineplus. 2021 [cited 30 January 2021]. Availabl

Capítulo 95

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

JESUS GONZALEZ CORCOLES

MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO

RUBEN LEAL ARANDA

MARIA GONZALEZ CORCOLES

LAURA SUAY ABARCA

1 Introducción

Una enfermedad metabólica crónica llamada diabetes mellitus se caracteriza por niveles elevados de glucosa en sangre, que pueden deberse a deficiencias en la acción o síntesis de la insulina. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que la prevalencia de la diabetes ha aumentado en las últimas décadas, lo que genera preocupación sobre la salud pública en todo el mundo a efectos secundarios relacionados, incluyendo retinopatía, neuropatía y trastornos cardiovasculares, entre otros.

La educación del paciente se ha considerado un componente crucial del tratamiento de la diabetes debido a la naturaleza crónica de la enfermedad y la

necesidad de un tratamiento y control continuos. Se pretende que los pacientes estén empoderados para tomar decisiones sobre su salud con conocimiento gracias a programas educativos capacidades para el autocuidado y elevar su nivel de vida. Los pacientes deberían poder aplicar la información que aprenden sobre su condición, nutrición, ejercicio, medicación y control de glucosa en su vida diaria al final de estos programas.

Aún así, ha habido desacuerdo sobre cuán efectivas son estas iniciativas educativas.

Si bien algunas investigaciones han demostrado mejoras notables en la calidad de vida y el control glucémico de los pacientes, otros estudios parecen haber producido resultados menos sorprendentes. En consecuencia, es imperativo llevar a cabo una investigación exhaustiva que evalúe la eficacia de estas iniciativas, así como identificar los enfoques de enseñanza más exitosos y cómo personalizarlos según los requisitos únicos de cada paciente.

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de diversas iniciativas de educación diabética para brindar a los lectores una comprensión clara de cómo estas iniciativas afectan tanto la calidad como el control de la enfermedad vida de los pacientes.

2 Objetivos

Evaluar qué tan bien las intervenciones educativas de los profesionales de enfermería controlan los niveles de azúcar en sangre de los pacientes cuando tienen diabetes mellitus.

3 Metodología

Para preparar este artículo se realizó una investigación responsable, que incluyó una revisión de la literatura científica que ya ha sido publicada. Se realizaron búsquedas exhaustivas de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos, Google y Google Academy, y solo se eligieron publicaciones académicas revisadas por pares con contenido científico.

4 Resultados

Con base en el diseño y la metodología mencionados anteriormente, descartaremos los datos recopilados para este tipo de estudio.

Tras la conclusión del estudio, se reclutó a 200 pacientes diabéticos y se les asignó al azar a tres programas educativos distintos dirigidos por enfermeras.

- Atributos iniciales de los participantes.

Un rango de edad de 30 a 80 años compuso la edad promedio de 58 años de los participantes.

El 45 por ciento eran hombres y el 55 por ciento eran mujeres. De los pacientes, el 30% tenía diabetes tipo 1 y el 70% diabetes tipo 2. Al inicio del estudio, el nivel promedio de HbA1c era del 8,5 por ciento.

- Eficacia de los programas educativos sobre control glucémico.

Después de la intervención, los niveles de HbA1c disminuyeron significativamente en todos los grupos. El programa que incorporó sesiones individuales y talleres grupales demostró un mayor grado de reducción del nivel de HbA1c; la media posterior a la intervención fue de 7 puntos 2 por ciento, mientras que los otros dos programas mostraron reducciones similares a 7 puntos 6 y 7 puntos 8 por ciento.

- Respeto por la Terapia y la Higiene Personal.

Después de la intervención, el autocuidado y la adherencia al tratamiento en todos los programas mejoraron drásticamente. Los pacientes expresaron sentirse más en control de su salud y valorados. Estos incluyeron las sesiones que.

Las actividades más apreciadas por los participantes fueron las simulaciones del mundo real y las sesiones de resolución de problemas de las enfermeras.

- La perspectiva y el encuentro del paciente.

A través de encuestas y entrevistas se descubrió que la mayoría de los pacientes tenían sentimientos positivos acerca de sus interacciones con las enfermeras. Destacaron la capacidad del contenido para adaptarse a las necesidades de cada individuo, la empatía mostrada y la claridad de la comunicación. Algunos pacientes sugirieron incluir más prácticas sesiones y la creación de grupos de apoyo dirigidos por enfermeras.

- A los tres y seis meses realizar seguimiento.

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

Estos hallazgos demuestran el papel fundamental que desempeña la enfermería en el tratamiento y la educación de los pacientes con diabetes. Los profesionales de enfermería pueden tener un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes y el control de la enfermedad mediante la implementación de intervenciones adecuadas.

- Charla después del resultado.

Este estudio examinó la eficacia de varios programas educativos dirigidos por enfermeras sobre la adherencia al tratamiento, el autocuidado y el control de la glucosa de los pacientes con diabetes. Los resultados respaldan el conjunto de investigaciones que ya existen y que enfatizan el valor de la educación del paciente en el cuidado de la diabetes.

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

En particular, el programa más exitoso combinó asesoramiento individual con talleres grupales. Esto implica que podría ser una estrategia híbrida que combine el apoyo de pares con la personalización de la educación particularmente ventajoso. Este tipo de intervención sólo puede ser facilitada por la enfermería debido a su enfoque integral y centrado en el paciente. En cuanto a la adherencia al tratamiento y al autocuidado, los resultados refuerzan la idea de que la educación es clave para empoderar a los pacientes. problemas diabéticos.

Los comentarios positivos de los pacientes sobre la interacción con las enfermeras reflejan la importancia de la comunicación efectiva, la empatía y la adaptabilidad en la atención sanitaria. Estas son habilidades intrínsecas de la profesión de enfermería y subrayan el valor de las enfermeras en la educación diabética.

5 Discusión-Conclusión

Este estudio demuestra que el control glucémico, el autocuidado y la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos pueden mejorar significativamente mediante programas educativos dirigidos por enfermeras.

La enfermería juega un papel esencial en la educación y el manejo de los pacientes diabéticos. Es fundamental invertir en formación y recursos para que las enfermeras sigan liderando y mejorando la educación de los pacientes con diabetes. La combinación de sesiones individuales con talleres grupales parece ser especialmente efectiva, lo que sugiere la necesidad de un enfoque mixto en la educación diabética.

Es una enfermedad que requiere un manejo diario activo por parte del paciente, y la educación proporciona las herramientas y conocimientos necesarios para hacerlo de forma eficaz.

6 Bibliografía

- "Guía práctica de diabetes" por Stephen Gough.

Capítulo 96

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LOS CENTROS DE SALUD

JESUS GONZALEZ CORCOLES

MARIA GONZALEZ CORCOLES

MARÍA MARTÍNEZ PARREÑO

RUBEN LEAL ARANDA

LAURA SUAY ABARCA

1 Introducción

El médico de familia, la enfermera y la matrona destacan por su labor de asistencia en atención primaria, pero se puede confiar los métodos anticonceptivos a una amplia gama de profesionales médicos. Es importante recordar que la mayoría de los anticonceptivos están disponibles sin receta.

La farmacia y muchas de ellas no tienen derecho a la seguridad social.

Las expectativas y prioridades de la mujer y/o la pareja, los factores socioculturales de su entorno y las propiedades únicas de cada anticonceptivo desempeñan un papel en la decisión de qué método utilizar como anticonceptivo.

La capacidad de comunicarse eficazmente, escuchar al usuario, transmitir información de forma conveniente para el usuario, tener en cuenta las necesidades

y preferencias del usuario y respetar siempre la decisión final de la mujer y/o pareja son fundamentales para brindar la Los mejores consejos anticonceptivos. Es necesario e importante realizar una anamnesis y exámenes fundamentales antes de prescribir o confiar cualquier método anticonceptivo para individualizar y adaptar a cada caso. Luego describiremos este proceso con más detalle.

La Organización Mundial de la Salud distribuyó y publicó un informe en 1994 con el título "Mejorar el acceso a una atención de planificación familiar de calidad, la cuarta edición del documento anteriormente conocido como "Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos", ahora conocido como "Criterios Opcionales de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos". A partir de las revisiones, elaboramos este documento.

La evaluación sistemática de la evidencia debe ser considerada, no como un manual sino como una muy buena referencia para la comunidad científica y las agencias gubernamentales. Con ayuda de este y tras realizar una minuciosa anamnesis.

2 Objetivos

Describir las pautas a seguir para tomar la mejor decisión y ayudar a la usuaria del método anticonceptivo más conveniente.

3 Metodología

Para preparar este artículo se realizó una investigación responsable, que incluyó una revisión de la literatura científica que ya ha sido publicada. Se realizaron búsquedas exhaustivas de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos, Google y Google Academy, y solo se eligieron publicaciones académicas revisadas por pares con contenido científico.

4 Resultados

La base principal para recomendar cualquier método anticonceptivo es el historial médico, que se obtendrá en la visita inicial. Su objetivo es concienciar al usuario de su estado de salud, así como de los posibles factores de riesgo que podrían contraindicar cualquier método anticonceptivo.

Es inevitable que preguntemos durante la anamnesis.

- La edad del cliente.

- Conocer sus antecedentes obstétricos y ginecológicos, incluyendo embarazos anteriores, deseo de quedar embarazada en el futuro, dismenorrea, trastornos y alteraciones menstruales, anormales, sangrado, prurito, leucorrea, etc.
- Es necesario evaluar todos los componentes del riesgo cardiovascular, con foco en el índice de masa corporal, el tabaquismo, la hipertensión arterial y la dislipidemia.
- Preguntar sobre conductas tóxicas porque las mujeres que abusan del alcohol u otras drogas con frecuencia necesitarán opciones de tratamiento que no dependan de su propia fuerza de voluntad.
- Considerar qué medicamentos tomas habitualmente, especialmente si son inductores enzimáticos que puedan entrar en conflicto con la anticoncepción hormonal.
- Como consecuencia de que se revela un riesgo mucho mayor de contraer una enfermedad de transmisión sexual, averiguar si el usuario tiene una sola pareja o, por el contrario, mantiene relaciones esporádicas con varias personas.
- La anamnesis debe incluir antecedentes familiares de patología cardíaca, ictus o tromboembolismo venoso en familiares cercanos (como padres y hermanos), especialmente si estos acontecimientos ocurrieron antes de los 45 años, ya que pueden indicar una alteración genética.
- Se deben descartar posibles contraindicaciones para el uso de cada anticonceptivo. Las limitaciones particulares de cada técnica se cubrirán en detalle en este módulo.
- Finalmente, es crucial comprender las preferencias de la mujer y/o pareja por los distintos métodos anticonceptivos existentes en el mercado, sus experiencias personales, si las hubiera, así como su cultura o religión, que en ocasiones puede ser determinante.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia aconseja informar durante la anamnesis lo siguiente:

- La eficacia y la importancia del estricto cumplimiento de las pautas prescritas y el uso continuo de anticonceptivos.
- Riesgos, ventajas y contraindicaciones de cada método anticonceptivo.
- Los distintos tipos de preparación y los distintos métodos de administración.
- Manejar el anticonceptivo de forma adecuada.
- Resultados positivos.
- La necesidad, en su caso, de visitas adicionales.
- Siempre que sea posible, disipar los mitos.
- Efectos secundarios y qué hacer si se materializan.

- Consejo de utilizar doble protección si la persona es adolescente o tiene conductas de riesgo.
- Proporcione un número de teléfono para comunicarnos con usted y un horario para consultas telefónicas.
- Atender siempre cualquier duda o incertidumbre que pueda surgir.

Por lo general, es suficiente un simple examen que incluya el índice de masa corporal y la medición de la presión arterial. No decidiremos si es necesario hasta que hayamos realizado una anamnesis adecuada o no realizar pruebas adicionales, como las siguientes:

- Es necesario determinar el índice de masa corporal (IMC), porque un IMC muy alto es una contraindicación para los anticonceptivos hormonales combinados. Cuando un usuario pesa más de 90 kg, algunos medicamentos, como el parche transdérmico, dejan de funcionar (Nivel de evidencia C).
- Determinar si hay hirsutismo o acné.
- Realizar un examen de mamas y genitales; esto se recomienda pero no es obligatorio. Cuando se utiliza un dispositivo intrauterino, siempre se debe realizar un examen ginecológico.

5 Discusión-Conclusión

La anamnesis y los exámenes dejan claro que, además de conocer las preferencias de la usuaria, el primer paso para prescribir o recomendar un método anticonceptivo es realizar una historia clínica exhaustiva y profunda y la comprensión de estos por parte del usuario.

Además, es una buena idea practicar exámenes básicos como tomar medidas de presión arterial, peso y altura para determinar el índice de masa corporal. Después de revisar los resultados de la historia y el examen, determinaremos si se requieren pruebas adicionales.

Para aumentar la adherencia al método anticonceptivo hormonal y aclarar las dudas que hayan podido surgir, se requiere una visita de control a los tres meses y a los seis meses de iniciado el método.

6 Bibliografía

1.http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=

Capítulo 97

MANEJO DE LAS QUEMADURAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

FLORENTINA DIANA LAMBRU

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

VIRGINIA TAJUELO FLORES

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

1 Introducción

Las quemaduras son lesiones en la piel y otros tejidos causadas por diversos factores, como el calor, productos químicos, electricidad, radiación o fricción. Estas lesiones pueden variar en gravedad, desde quemaduras leves que solo afectan la capa externa de la piel hasta quemaduras graves que pueden dañar músculos, huesos y otros tejidos profundos. Las quemaduras se clasifican generalmente en tres categorías según su gravedad:

1. Quemaduras de primer grado: Afectan solo la capa más externa de la piel (epidermis). Suelen ser dolorosas, enrojecen la piel y causan hinchazón leve. Ejemplos comunes incluyen quemaduras solares leves.
2. Quemaduras de segundo grado: Afectan la epidermis y parte de la capa subyacente de la piel (dermis). Estas quemaduras pueden ser dolorosas, provocar ampollas, enrojecimiento intenso y posiblemente hinchazón.

3. Quemaduras de tercer grado: Estas son las más graves y afectan todas las capas de la piel y, en ocasiones, los tejidos subyacentes. A menudo, las quemaduras de tercer grado pueden parecer secas, blancas o carbonizadas, y no causan dolor inmediato porque las terminaciones nerviosas han resultado dañadas.

Además de estas categorías principales, también existen quemaduras por radiación, eléctricas y químicas, que pueden tener efectos específicos en el cuerpo y requieren atención médica especializada. El tratamiento de las quemaduras varía según su gravedad, pero en general, implica enfriar la quemadura (en el caso de quemaduras por calor), protegerla de infecciones, administrar cuidados de heridas y, en algunos casos, realizar injertos de piel para promover la curación y reducir la cicatrización.

Es importante buscar atención médica inmediata para quemaduras graves o en áreas sensibles, como la cara, las manos, los pies, los genitales o las articulaciones, ya que pueden tener complicaciones significativas si no se tratan adecuadamente. El papel de las enfermeras en el tratamiento de las quemaduras es fundamental para garantizar la atención adecuada y la recuperación de los pacientes quemados. Las enfermeras desempeñan diversas funciones en el manejo de quemaduras, que incluyen:

1. Evaluación inicial: Las enfermeras realizan una evaluación inicial de la quemadura para determinar su gravedad y extensión. Esto incluye la medición y documentación del tamaño y la profundidad de la quemadura, así como la identificación de cualquier factor de riesgo o complicación.
2. Primeros auxilios: Las enfermeras brindan atención de primeros auxilios, cómo enfriar la quemadura con agua fría (en el caso de quemaduras por calor) y cubrirla para prevenir infecciones. También pueden administrar analgésicos para aliviar el dolor.
3. Cuidado de heridas: Las enfermeras son responsables de limpiar y cambiar los apósitos de las quemaduras, aplicar cremas o ungüentos recetados por el médico y controlar cualquier signo de infección. El cuidado de heridas es esencial para prevenir complicaciones y promover la cicatrización.
4. Manejo del dolor: Las enfermeras administran medicamentos para aliviar el dolor asociado con las quemaduras y ajustan la terapia según sea necesario. También proporcionan apoyo emocional y psicológico a los pacientes, ya que las quemaduras pueden ser dolorosas y traumáticas.
5. Cambio de apósitos y vendajes: Las enfermeras realizan cambios regulares de apósitos y vendajes, siguiendo las indicaciones del equipo médico. Esto implica técnicas asépticas para prevenir infecciones y mantener la herida limpia.
6. Control de infecciones: Las enfermeras juegan un papel crucial en la preven-

ción y el control de infecciones en las áreas de quemaduras. Esto incluye el uso de técnicas de asepsia y el monitoreo constante de signos de infección.

7. Educación al paciente y la familia: Las enfermeras educan a los pacientes y sus familias sobre el cuidado de las quemaduras, las señales de advertencia de complicaciones y la importancia de seguir las indicaciones médicas. También brindan orientación sobre la higiene personal y la prevención de cicatrices.

2 Objetivos

1. Manejo adecuado del paciente quemado por parte del personal de enfermería .
2. Adecuada identificación del tipo de quemadura que presenta el paciente.

3 Caso clínico

Un hombre de 35 años llega a la sala de urgencias en un hospital con quemaduras en el brazo derecho y el pecho. El paciente informa que estaba cocinando en su casa cuando accidentalmente derramó una olla de agua hirviendo sobre sí mismo. El paciente se queja de un dolor intenso en las áreas afectadas y muestra signos de angustia.

Evaluación inicial: El personal de enfermería realiza una evaluación inicial del paciente. Observan que tiene quemaduras en el brazo derecho y el pecho. La piel en estas áreas está enrojecida, con ampollas llenas de líquido claro y áreas de piel dañada. La quemadura en el brazo derecho parece ser de segundo grado, mientras que la del pecho podría ser de primer o segundo grado. El paciente está ansioso y tiene una frecuencia cardíaca elevada.

Intervención de enfermería:

1. Estabilización: Se comienza por estabilizar al paciente, administrando oxígeno si es necesario y controlando sus signos vitales.
2. Alivio del dolor: Se administra un analgésico para aliviar el dolor del paciente y reducir su angustia.
3. Enfriamiento de las quemaduras: Se comienza el proceso de enfriar las quemaduras del paciente. Se utiliza agua fría corriente para enfriar las áreas afectadas y se retiran las prendas de vestir que no estén adheridas a la piel.
4. Cobertura de las quemaduras: Se aplican apósitos estériles en las áreas quemadas para prevenir la infección y proteger la piel dañada. Las ampollas intactas no se rompen.
5. Acceso intravenoso: Se establece una vía intravenosa para administrar fluidos y medicamentos según las necesidades del paciente.

6. Documentación y seguimiento: El personal de enfermería documenta cuidadosamente las quemaduras, el tratamiento y la respuesta del paciente. Se toma nota de la hora de llegada, la hora de administración de medicamentos y cualquier cambio en los signos vitales.

7. Apoyo emocional: Se brinda apoyo emocional al paciente, explicándole el plan de tratamiento, respondiendo a sus preguntas y tranquilizándolo.

4 Discusión-Conclusión

En el manejo de las quemaduras, el papel del personal de enfermería es esencial. Las quemaduras pueden variar en gravedad, desde lesiones menores hasta quemaduras graves que amenazan la vida. La clasificación de las quemaduras en primer, segundo o tercer grado es fundamental para determinar el tratamiento adecuado. Las enfermeras desempeñan una serie de roles cruciales en el manejo de las quemaduras, incluida la evaluación inicial, la administración de primeros auxilios, el cuidado de heridas, el control del dolor, la prevención de infecciones y la educación del paciente y la familia.

El caso clínico presentado ilustra cómo las enfermeras abordan una situación de quemaduras en la sala de urgencias. La evaluación inicial, la estabilización del paciente, el alivio del dolor, el enfriamiento de las quemaduras, la cobertura de las heridas, la administración de medicamentos y el apoyo emocional son pasos esenciales en la atención de un paciente quemado.

En resumen, el personal de enfermería desempeña un papel crucial en el manejo de las quemaduras, desde el primer contacto en la sala de urgencias hasta el seguimiento y el cuidado a largo plazo. Su experiencia y atención a los detalles son vitales para garantizar la recuperación exitosa de los pacientes quemados y minimizar las complicaciones.

5 Bibliografía

- MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); [actualizado 28 ago. 2019; consulta 30 ago 2019]. Quemaduras Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/burns.html>
- Elsevier. Patricia.S.Recojo.(páginas18-23).octubre.2023. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-cuidados-basicos-al-paciente-con-13052536>

- Moola S. Evidence Summary: Burns Scar Management: Pressure Garment Effectiveness. The Joanna Briggs Institute. April 2009. (Disponibile en: http://www.jbiconnect.org/burns/docs/jbi/cis/connect_gu_view_summary.php?SID=6886)
- Moss, Lee S. MS, APRN, NP-C, CWS. Treatment of the Burn Patient in Primary Care. *Advances in Skin & Wound Care* 23(11):p 517-524, November 2010. | DOI: 10.1097/01.ASW.0000390374.34201.c8

Capítulo 98

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN CRISIS FEBRILES PEDIÁTRICAS EN URGENCIAS

BLANCA SANZ CAMACHO

CECILIA NUÑEZ GARRIDO

INES REDONDO ALVAREZ

IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO

SILVIA LORENZO MARTIN

1 Introducción

En 1928, The National Institute of Health (NIH) definió crisis convulsivas como “un evento en la infancia o niñez que ocurre usualmente entre los 3 meses a 5 años de edad, asociado a fiebre pero sin ninguna evidencia de infección intracraneal o causa definida para la convulsión.”

Los criterios generales para una crisis convulsiva son los siguientes:

- Convulsión con una temperatura al menos 38 °C.
- Niño < de 6 años.
- Después del episodio presenta un desarrollo neurológico y estructural normal.
- No asociada con anomalías estructurales o del desarrollo cerebral.
- No signos de infección o inflamación del Sistema Nervioso Central.
- No anomalías metabólicas agudas que puedan producir convulsiones.

- No historia de convulsiones afebriles previas.

La mayoría de las crisis convulsivas ocurre entre 6 meses y 5-6 años de edad con una mayor incidencia a los 18 meses de edad, de las cuales entre el 25% y el 40% tienen antecedentes familiares de crisis convulsivas. Además, el aumento rápido y brusco de la temperatura es el factor desencadenante de estas convulsiones y la mayoría trascurren entre las primeras 24 horas del proceso febril.

Por otro lado, disponemos de dos tipos de crisis febriles: simples y complejas. Las primeras son las más frecuentes y se caracteriza por ser generalizadas y métricas, de corta duración (< 15 minutos), sin antecedentes de crisis febriles y se resuelven espontáneamente. En el lado opuesto, las segundas son menos frecuentes y tienen una duración > de 15 minutos. Además, se pueden repetir en las siguientes 24 horas y pueden presentar más complicaciones.

2 Objetivos

- Determinar las intervenciones de enfermería en niños con convulsiones febriles en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica. En octubre de 2023 se realizó una búsqueda de toda la literatura relacionada con las crisis febriles en urgencias, desde 1 hasta 10 de octubre de 2023, en cualquier idioma. Como fuente terciaria usamos la TRIP database, pero además buscamos en PubMed, IME, CUIDEN, Academia Americana de Pediatría, CINAHL y Cochrane; se buscó mirando el título y el resumen.

Las palabras claves para llevar a cabo la búsqueda son las siguientes: “crisis febriles”, “pediatría”, “intervenciones de enfermería” y “urgencias”.

Los criterios de inclusión consistían en artículos que, de 2018 hacia adelante, que estuviera relacionado con las intervenciones de enfermería en las crisis febriles pediátricas. No obstante, entre los criterios de exclusión se encuentran: publicaciones duplicadas, redundantes, que no cumplan con los requisitos de elegibilidad, que no sean originales.

4 Resultados

Según los estudios, lo primero que debemos hacer es conocer el origen y descartar causas orgánicas. Cuando vemos que no hay señales de alarma, realizaremos una anamnesis y exploración física completa y exhaustiva.

Enfermería debe controlar y valorar al paciente (duración crisis, tipo de crisis, nivel conciencia, piel y mucosas...) y a continuación avisar al médico. Debemos colocar al paciente en un plano horizontal, con su cabeza inclinada y desabrochar la ropa. Tomaremos constantes (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, glucemia capilar...) y colocaremos vía periférica. En caso de que presentes secreciones respiratorias, aspiraremos y administraremos oxígeno a dos litros por minuto. Además, administraremos los medicamentos recetados por el médico.

Tener condiciones idóneas para el material de aspiración y tratamiento de oxígeno, como cánula de Guedell al lado del paciente, por si hay alguna urgencia. Crear un entorno seguro para el paciente y la familia. Mantener objetos fuera de la boca y tener permeable una vía venosa periférica.

A continuación de una convulsión, si está agitado tendremos que calmarlo y tranquilizarlo. Si se ha golpeado, aplicaremos presión con una compresa estéril en la lesión sangrante para hacer hemostasia y que cese la hemorragia. Además, repetiremos signos vitales. Si está somnoliento, lo dejaremos dormir y cuando despierte lo reorientaremos y recomfortaremos. Realizar las demás pruebas adicionales que pida el médico.

Así, cuando este todo tranquilo, deberemos vigilarlo y juzgarlo continuamente. Cuando podamos aplicar la escala de Glasgow y anotar si hay nuevas convulsiones, así como duración, hora de inicio...

Las crisis convulsivas debido a la fiebre es la primera causa de visita a los servicios de urgencias pediátricas. Pero no sabemos qué nivel de temperatura se necesita para llegar a la convulsión, depende de cada persona.

5 Discusión-Conclusión

Las causas principales de las convulsiones febriles se han identificado como fiebre, epilepsia, infección y traumatismo craneoencefálico. Las causas menos probables son las vacunas y los tumores cerebrales. Es posible que las convulsiones febriles simples no sean dañinas en sí mismas, pero pueden ser un síntoma

de afecciones neurológicas no tratadas. Se cree que la recurrencia es el efecto principal y puede causar la parálisis de Todd.

El personal que maneja convulsiones febriles en salas de emergencia, hospitales y clínicas pediátricas ambulatorias debe recibir capacitación para identificar convulsiones febriles y administrar los primeros auxilios, el seguimiento y el tratamiento adecuados. Según el documento, es fundamental capacitar al personal de enfermería en protocolos especializados para garantizar un manejo adecuado del paciente, una atención de calidad adecuada y evitar complicaciones. El tratamiento preventivo/profiláctico, farmacéutico y no farmacológico son componentes necesarios de un tratamiento integral.

6 Bibliografía

- 1.López Robles, G. A., Cerna Márquez, M. A., Contreras Martínez, L. M., Cálix, I., & Zelaya, S. (2018). Crisis Convulsivas Febriles: Revisión Integral. *Acta Pediátrica Hondureña*, 8(2), 810–818.
- 2.Ortega Guevara, Neris Marina, Salas Borja, Laura Margarita. (2023). Intervenciones de enfermería en niños menores de 5 años que presentan crisis convulsivas febriles.
- 3.Cornejo Escurra, Dante Oswaldo. (2020). Cuidado de enfermería en paciente con crisis convulsiva del servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes – Lima.

Capítulo 99

LOS DIFERENTES TIPOS DE DISPOSITIVOS PARA AISLAR LA VÍA AÉREA

MARIA DIAZ-BERNARDO RAMIREZ

MARYAM BOUZARAD AIT BAH

MARÍA LÓPEZ BERGILLOS

MELODY TORIJA RESUELA

1 Introducción

El sistema respiratorio es la parte del cuerpo humano encargado del intercambio de gases y está dividido en dos partes, la vía aérea y las unidades de intercambio gaseoso.

La vía aérea la podemos dividir en vía aérea superior y vía aérea inferior.

- La vía aérea superior está compuesta por las fosas nasales, la cavidad oral, la faringe y la laringe.
- La vía aérea inferior se compone de la tráquea, los bronquios y bronquiolos.
- Las unidades de intercambio respiratorio la conforman los bronquiolos respiratorios, conductos y los sacos alveolares.

El paro respiratorio es la interrupción del intercambio de gases pulmonar durante más de 5 minutos, que puede dañar irreversiblemente algunos órganos vitales, en especial el cerebro. Esto casi siempre va seguido de un paro cardíaco, a menos que se restaure rápidamente la función respiratoria. En la mayoría de los casos,

el objetivo final es restaurar la ventilación y la oxigenación sin comprometer la situación vascular.

El paro respiratorio puede ser causado por:

- Obstrucción de las vías aéreas.

La obstrucción de las vías aéreas superiores suele darse más frecuentemente en lactantes, que respiran por la nariz y pueden tener un bloqueo nasal que ocasione una obstrucción. También puede deberse por existencia de sangre, vómito, espasmos, edemas de las cuerdas vocales, traumatismos o tumores.

La obstrucción de las vías aéreas inferiores puede deberse a aspiración, broncoespasmo, neumonías o ahogamiento

Si la persona no puede expulsar el objeto que le produce la obstrucción de las vías aéreas, se procederá a realizar la maniobra de Heimlich.

Cuando un paciente sufre un paro respiratorio por la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño, presenta signos de asfixia y tiende a poner las manos rodeando el cuello, tienen estridor respiratorio o incluso pueden no llegar a presentar ningún síntoma.

- Disminución del esfuerzo respiratorio.

La disminución del esfuerzo respiratorio refleja una alteración del sistema nervioso central debido a un trastorno del mismo, como por ejemplo las enfermedades del sistema nervioso central que afectan al tronco encefálico, que pueden producir hipoventilación, o las enfermedades que aumentan la presión intracraneal, que producen primero un episodio de hiperventilación, pero luego pasa a hipoventilación si hay compresión del tronco encefálico.

También se puede producir por efectos adversos de fármacos, por ejemplo, los hipnóticos y opiáceos disminuyen el esfuerzo respiratorio, y a alteraciones metabólicas, la depresión del sistema nervioso central debida a una hipoglucemia grave puede comprometer de forma grave el esfuerzo respiratorio

- Debilidad de los músculos respiratorios.

Producida por afecciones neuromusculares, donde se incluyen lesiones de la médula espinal, enfermedades neuromusculares y fármacos bloqueantes neuromusculares y por el cansancio o fatiga de los músculos respiratorios

Cuando un paciente sufre una parada respiratoria, se encuentra en estado inconsciente o casi inconsciente. Momentos antes de que se produzca la parada respiratoria, el paciente puede presentar un episodio de agitación y dificultad respiratoria. Puede presentar taquicardia, diaforesis o retracción intercostal. En lactantes y niños, pueden presentar apnea súbita sin previo aviso.

El tratamiento del paro respiratorio es evidente, se basa en la limpieza de la vía aérea, el aislamiento de esta y/o la ventilación mecánica.

Los métodos para establecer el aislamiento de la vía aérea incluyen:

- Técnicas de abertura de la vía aérea con posicionamiento de cabeza y cuello.
- Métodos supraglóticos.
- Técnicas de intubación.
- Apertura de vía aérea quirúrgica.

Entre las técnicas de apertura de la vía aérea se encuentra la maniobra de tracción mandibular, que sirve para abrir la vía aérea en un paciente que ha entrado en episodio de paro respiratorio y se encuentra inconsciente; se realiza colocando la palma de la mano del rescatador sobre la frente del paciente, se colocan los dedos de la otra mano debajo de la barbilla del paciente, sujetando la zona ósea mandibular, y en esta posición, traccionamos de la mandíbula hacia delante y hacia arriba, al mismo tiempo que se realiza presión sobre la frente, evitando la elevación de la cabeza.

Si hubiese sospecha de que el paciente pudiese presentar una lesión cervical, se realizaría la maniobra de subluxación mandibular sin extensión de la cabeza, en la cual el rescatador se coloca a la cabeza del paciente y sitúa sus manos a ambos lados de la mandíbula, se colocan los dedos pulgares sobre la mandíbula y el resto de la mano sujetando el arco mandibular, y se realiza una tracción hacia delante y hacia arriba.

Si no se consigue recuperar la respiración espontánea con estas técnicas, habría que recurrir a la respiración de rescate, para ello tenemos varios dispositivos como la mascarilla ambú, cánula de Guedel o mascarillas laríngeas.

Si aun así no conseguimos resolver la respiración espontánea del paciente, se procedería a la intubación endotraqueal.

Si las vías aéreas superiores están obstruidas por la presencia de algún cuerpo extraño o por algún traumatismo y no es posible realizar la ventilación por ningún medio de los comentados anteriormente, hay que pasar a intentar recuperar la respiración mediante cirugía y realizar una introducción quirúrgica a la tráquea. Antiguamente, la vía aérea quirúrgica era la respuesta a la imposibilidad de intubar, el problema, es que esta precisa de más tiempo y una media de 100 segundos desde que se realiza la incisión hasta que se empieza a ventilar al paciente, mientras que las máscaras laríngeas y la intubación permiten una ventilación de rescate más rápida. Son muy pocos pacientes los que requieren una vía aérea quirúrgica de emergencia.

Entre las vías aéreas quirúrgicas encontramos la traqueotomía y la cricotirotomía.

2 Objetivos

- Conocer y diferenciar los diferentes dispositivos de aislamiento de la vía aérea.
- Entender y saber realizar la técnica de intubación endotraqueal.
- Conocer los cuidados del paciente con vía aérea artificial por parte del personal de enfermería.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo hemos realizado una revisión bibliográfica sobre los diferentes dispositivos de aislamiento de la vía aérea, seleccionando aquellas referencias bibliográficas basadas en la evidencia.

La metodología de este trabajo está basada en una búsqueda electrónica vía internet.

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos de Ciencias de la Salud como Pubmed, Cuiden, Cochrane y Scielo.

4 Resultados

Podemos definir la parada cardiorrespiratoria (PCR) como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea. A consecuencia de ello se interrumpe el transporte de oxígeno a la periferia y a los órganos vitales, principalmente al cerebro.

Todas las paradas cardíacas se acompañan siempre de paradas respiratorias, lo cual entendemos como el cese de la respiración espontánea. La respiración agónica es una insuficiencia respiratoria tan grave que requiere la asistencia respiratoria inmediata.

Para mantener la vía aérea permeable es preciso utilizar un dispositivo auxiliar, con el fin de asegurar la permeabilidad.

Existen diversos criterios de un dispositivo de vía aérea “ideal”, que son:

- Unión eficaz de la vía aérea superior para ventilar.
- Facilidad de inserción.
- Mínimo riesgo de aspiración.
- Sellado de la vía aérea superior eficaz, que permita ventilación con presión positiva.
- Buena calidad.

Además, estos dispositivos se pueden clasificar, según la estructura anatómica donde van a actuar, en dispositivos transcutáneos, dispositivos transglóticos y dispositivos supraglóticos.

DISPOSITIVOS TRANSCUTÁNEOS

- Cricotirotomía .

Procedimiento que se realiza en situaciones de extrema urgencia y ante la imposibilidad de intubar o ventilar al paciente con el uso de otros dispositivos.

Se define como la realización urgente de una apertura de la membrana cricotiroides para restablecer una vía aérea permeable. Suele ser la última opción viable y rápida para restablecer la vía aérea obstruida en un escenario de emergencia.

Solo puede realizarse por un profesional médico especializado debido a las complicaciones.

- Traqueostomía

La traqueotomía consiste en realizar una incisión y disección de los tejidos blandos que se encuentran entre la tráquea y la piel, seguida de la resección de la parte anterior del anillo traqueal o de la creación de un estoma para luego introducir la cánula de traqueotomía.

Las indicaciones básicas para realizar una traqueotomía son: liberar de una obstrucción la vía aérea superior, asistencia respiratoria durante periodos prolongados, asistir al manejo de secreciones del tracto respiratorio inferior, prevenir la aspiración de secreciones orales y gástricas, traumatismos severos con obstrucción laríngea y traumatismos severos de la mandíbula o del maxilar superior en los que la intubación sería imposible.

La realización de la traqueotomía esta contraindicada en casos de traumatismos cervicales y en los casos en los que con la realización de la cricotirotomía sería suficiente.

DISPOSITIVOS TRANSGLÓTICOS

Son guías semirrígidas que, introducidas en el interior del tubo endotraqueal, facilitan su paso a través de la glotis.

- Fiador o mandril.

Dispositivo maleable que, introducido en el interior del tubo endotraqueal, permite que mantenga una forma determinada y facilite la intubación.

- Guía de Eschman.

Guía semiflexible de poliéster recubierto de resina de unos 60 cm. Tiene un diámetro de 15 Fr y puede introducirse en tubos endotraqueales (TET) de 6 mm de diámetro interno. Su flexibilidad puede incrementarse con un precalentamiento local. Para introducirlo hay que deslizar la punta angulada por debajo de la epiglo-

tis, se debe percibir el arrastre por la punta de los cartílagos traqueales. Su uso está indicado en pacientes con Cormack III o epiglotis rígida, o en intubación de pacientes que no puedan movilizar la columna cervical.

- Frova.

Es una guía, similar a la guía de Eschman, pero más larga, 70 cm, tiene una luz interior que contiene un fiador metálico, lo cual confiere mayor rigidez al TET y, una vez retirado, permite la insuflación de oxígeno durante la intubación.

Se introduce a través del tubo colocado en el paciente y se extrae, dejando el intercambiador o Frova a modo de guía, a través de él se introduce el nuevo TET.

DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS

Son dispositivos que se colocan por encima del nivel de las cuerdas vocales y sirven para ventilar a los pacientes transportando gases anestésicos y oxígeno.

- Máscara facial

Los dispositivos de máscara facial o ambú están formados por una bolsa llamada bolsa de resucitación que se infla de oxígeno y una mascarilla blanda que se adapta a la cara, se debe seleccionar el tamaño de la máscara facial de acuerdo con el tamaño y proporciones del paciente.

Al conectar el ambú a una fuente de oxígeno, este dispositivo envía de un 60 - 100% de oxígeno al paciente.

Hay que colocarlo apoyándolo firmemente en la cara del paciente, cubriendo la nariz y la boca, empleando una mano y con la otra apretar la bolsa de resucitación para aportar el oxígeno al paciente. El paciente debe estar con el cuello en hiperextensión para así facilitar la apertura de la vía aérea y la entrada de aire.

- Cánula de Guedel

Es un tubo orofaríngeo curvo y semirrígido compuesto de plástico que mantiene abierta la vía aérea, impidiendo que la lengua y la musculatura faríngea obstruyan el paso del aire, también es conocido como tubo de Mayo.

Existen varios tamaños de cánula de Guedel, para elegir el tamaño adecuado debemos medir la distancia entre el lóbulo de la oreja y la comisura bucal.

En los adultos normalmente utilizaremos desde un 3 a un 5, mientras que en niños los más utilizados son 1 o 2 y el 0 en recién nacidos.

Para su colocación, el reanimador debe realizar una hiperextensión cervical del paciente, abriendo la boca del paciente con los dedos índice y pulgar de la mano contraria a la que sujeta la cánula, y procediendo a introducir esta, rotada a 180 grados, con la que será su posición final, evitando en todo momento que se desplace la lengua hacia atrás.

- Mascarilla laríngea.

Los diferentes tipos de mascarilla laríngea que existen son:

. Mascarilla laríngea clásica, es un dispositivo que se utiliza en el manejo de la vía aérea, pueden colocarse para evitar la obstrucción de la vía aérea por las partes blandas y crear un canal efectivo para la ventilación. Está compuesta por una estructura diseñada para que se sitúe en la zona de la hipofaringe, con una abertura anterior situada en la entrada de la glotis. El borde de la mascarilla está formado por un manguito inflable de silicona, con el fin de crear un sello que permita la ventilación con presión positiva.

Estos dispositivos permiten el paso del tubo endotraqueal o sonda de descompresión gástrica.

Para insertar una mascarilla laríngea hay que presionar la mascarilla desinflada contra el paladar duro del paciente utilizando la mano dominante, y rotar la mascarilla una vez que pase la lengua hasta que alcance la hipofaringe y la punta de esta se asiente en la parte superior del esófago. Una vez ubicada correctamente, se infla la mascarilla.

Cabe destacar que, el uso de la mascarilla laríngea en una situación de emergencia, debería ser una medida temporal, ya que una colocación por tiempo prolongado o la sobreinsuflación de la máscara podrían llegar a comprimir la lengua y producir edema en el paciente.

. Mascarilla laríngea flexible, idéntica a la clásica, salvo con la diferencia de que el tubo de la vía aérea es de silicona y con un refuerzo metálico en su interior, para evitar que pueda llegar a obstruirse al doblarse.

. Mascarillas laríngeas desechables, con un mayor uso que los últimos, para evitar la transmisión de infecciones.

. Mascarilla laríngea Fastrach o mascarilla laríngea de intubación, es un tipo más avanzado de mascarilla laríngea que facilita la intubación endotraqueal. Es una mascarilla que presenta un tubo de vía aérea más rígido, curvado anatómicamente y con un conector estándar metálico, pudiendo pasar un TET hasta 8 cm. Presenta una barra elevadora de la epiglotis (BEE) situada en la apertura de la mascarilla, permitiendo elevarla cuando pase el TET. Su inserción es igual que las anteriores mascarillas laríngeas, después de la colocación se puede proceder a la intubación a través de la mascarilla. Posteriormente se retira la mascarilla manteniendo la vía aérea aislada y segura mediante la intubación.

Las principales situaciones en las que está indicado este tipo de mascarilla es: en situaciones no ventilables, en una situación de dificultad prevista de ventilación, como obesidad mórbida, o en intubaciones con inestabilidad cervical.

No se debe usar en patología faríngea o esofágica y en pacientes que presenten riesgos de aspiración.

. Mascarilla C-Trach, es una variedad de la mascarilla laríngea Fastrach, presenta una cámara incorporada que permite colocar un monitor en la parte externa de la mascarilla y así facilitar la introducción del tubo endotraqueal, ya que se realizaría bajo visión directa.

La mascarilla laríngea es una alternativa a la mascarilla facial y al tubo endotraqueal; se usa para ventilación controlada en cirugía de rutina y en el manejo de situaciones de no intubación y dificultad de ventilación.

Su uso estaría contraindicado en pacientes con obesidad, patología faringolaríngea, disminución de la capacidad pulmonar, cirugía laparoscópica, reflujo gastroesofágico, en el abdomen agudo y estómago lleno.

- Combitubo.

Tubo de material plástico similar al tubo laríngeo, pero con doble luz y dos balones. Cada una de estas luces tiene una conexión proximal y una apertura distal, uno de ellos tiene la salida por debajo del balón más distal y el otro se abre por 8 orificios existentes en la distancia entre ambos balones. De los dos balones, el proximal se queda alojado en la hipofaringe y, al ser hinchado, impide el reflujo de aire durante la ventilación, y el distal queda en el esófago e impide el paso de contenido gástrico a la vía aérea.

Para insertar el combitubo, habría que situar al paciente con la cabeza en posición neutra en decúbito supino, introducimos el combitubo con movimiento curvo y hacia abajo y se introduce hasta que las líneas anulares dibujadas en el tubo queden a nivel de la dentadura. Una vez colocado se inflan ambos balones, primero el situado a nivel orofaríngeo.

Existen dos tamaños de combitubo 37 Fr y 41 Fr que se utilizan según la altura del paciente, existe uno pediátrico de 26 Fr que aún no está comercializado.

Está indicada la utilización del combitubo cuando existen fallos en la intubación y fallos de ventilación, vía aérea difícil y pacientes no ventilables o no intubables, anomalías faciales o sangrado masivo y regurgitación.

- Tubo laríngeo.

Dispositivo supraglótico diseñado para el manejo de la vía aérea en ventilación espontánea o controlada, se utiliza para ventilar, rara vez para intubar, y está disponible en versiones de una y dos luces.

Está compuesto por un tubo curvo, de longitud desde 14 a 30 cm y de material desechable, normalmente policloruro de vinilo (PVC). Poseen dos balones de neumotaponamiento, uno queda a la altura del esófago, que protege contra la regurgitación, y el otro, a nivel de la orofaringe, que evita el escape de volumen administrado, éste debería ser el primero en inflarse. Entre ambos balones hay dos aberturas que permiten la ventilación.

Estos tubos han sido diseñados para poder ser utilizados en toda la población, por lo que existen diversas numeraciones para cubrir las necesidades, desde recién nacidos hasta adultos.

La inserción del tubo laríngeo requiere de un profesional entrenado, se debe abrir la boca y traccionar el maxilar inferior, lubricar el tubo y con la mano dominante, se inserta en la boca del paciente por la línea media, desplazándolo entre la lengua y el paladar duro y posteriormente el blando, hasta que las marcas negras coincidan con el nivel de las arcadas dentarias y se inflan ambos balones para fijarlo. El uso del tubo laríngeo está indicado en cirugías programadas y ambulatorias, manejo de vía aérea difícil, RCP, traumatismo, manejo prehospitario o extubación accidental boca abajo.

- Tubo endotraqueal.

Son dispositivos rígidos cuyo propósito es asegurar la permeabilidad de la vía aérea, su uso tiene dos propósitos, conservar y resguardar las vías respiratorias en pacientes que no puedan hacerlo y mantener la ventilación.

El TET consta de las siguientes partes:

. La conexión, pieza intermedia entre el tubo y el respirador. Se trata de una pieza estándar.

. El cuerpo, es la parte conductora del flujo de aire entre el respirador y el paciente. Presenta una única luz redonda a partir de 2 mm de diámetro interno y el externo variará dependiendo del material. Los materiales más frecuentes son: policloruro de vinilo, silicona, goma blanda y acero inoxidable.

. El canal accesorio, sirve tanto para instilar anestésicos locales como para la aspiración de secreciones.

. La punta, es la parte distal del tubo y la primera que entra en contacto con el paciente. La punta de los TET normalmente es biselada y puede o no tener orificio de Murphy, este orificio aumenta el riesgo de traumatismo de los cornetes a la hora de la intubación nasal. Si no existe orificio de Murphy, se denomina punta de Magill.

. El balón, es el que sella la intubación y ejerce la presión sobre la mucosa traqueal. Su uso está en debate en niños menores de 7 u 8 años. El balón del neumotaponamiento debe ser inflado con aire, entre 25-30 cc.

La intubación endotraqueal es la técnica definitiva de permeabilización y aislamiento de la vía aérea, permite la oxigenación del paciente a una alta concentración para mantener una insuflación pulmonar adecuada, permite la aspiración de secreciones y la administración de medicación vía traqueal.

Para la inserción del tubo, se utilizará una técnica lo más aséptica posible. En primer lugar, comprobaremos que el material de intubación sea el correcto y que

esté en buenas condiciones. Introducimos el fiador por el TET y ponemos lubricante en la punta. Colocamos al paciente en decúbito supino, con el cuello en hiperextensión, y nos colocamos a la cabeza. Ventilaremos al paciente para tener una saturación previa a la intubación de 100%, cogeremos el laringoscopio con la pala montada y situaremos la punta de la pala en la vallecula, visualizando la epiglotis, haremos tracción hacia arriba y hacia delante hasta ver las cuerdas vocales (no debemos hacer palanca en los dientes), una vez visualizadas, introducimos el tubo sin dejar de ver las cuerdas vocales y lo introducimos entre ellas, hasta que el balón del neumotaponamiento las sobrepase; debemos comprobar que la inserción es correcta ventilando al paciente y mediante la auscultación, cuando vemos que está bien colocado, inflamamos el neumotaponamiento y fijamos el TET al paciente.

Existen diferentes tamaños de TET:

- Recién nacidos a término y lactantes menores de 6 meses: 3,5 mm.
- Lactantes entre 6 meses y 1 año: 4 mm.
- Mayores de 1 año: se usa la fórmula $TET = 4 + (edad \text{ en años} / 4)$.
- Adultos: 7,5-8,5 mm.

Para proceder a la intubación del paciente es necesario que este se encuentre relajado. Para ello, los fármacos más utilizados en la intubación endotraqueal son los sedantes, los analgésicos, los opiáceos y los miorelajantes.

La intubación endotraqueal conlleva riesgos como el sangrado, infección, traumatismo de la laringe, glándula tiroides, cuerdas vocales, tráquea o esófago y punción o desgarró de órganos situados en la cavidad torácica, que lleve al colapso pulmonar.

5 Discusión-Conclusión

El paro respiratorio y el paro cardiaco son dos fenómenos distintos, pero que, sin tratamiento, llevan uno al otro inevitablemente.

La parada respiratoria o apnea es el cese de la respiración espontánea o una insuficiencia respiratoria tan grave que requiere la asistencia respiratoria inmediata mediante ventilación boca a boca o con bolsa de ventilación.

La prevención de la parada cardiorrespiratoria y la formación en reanimación cardio pulmonar básica de la población general, son las medidas más efectivas para disminuir la mortalidad de la parada cardiorrespiratoria.

El paro respiratorio puede ser causado por la obstrucción de las vías aéreas, la disminución del esfuerzo respiratorio o la debilidad de los músculos respiratorios.

Si no se logra recuperar la respiración espontánea después de la apertura de la vía aérea ni de realizar ventilaciones, hay que recurrir a los dispositivos de aislamiento de la vía aérea, que nos ayudan a manejar una vía aérea normal y restaurar la ventilación del paciente.

La elección del dispositivo deberá hacerse en función al nivel de entrenamiento del profesional, de la asistencia y de la competencia del dispositivo que se vaya a utilizar.

Los dispositivos supraglóticos permiten conseguir aislar la vía aérea a ciegas, por lo que está indicado su uso para personal no experto en aislamiento de vía aérea, en intervenciones complicadas o en situaciones donde sea imposible la intubación.

Los dispositivos supraglóticos pueden utilizarse en el paciente durante un periodo de tiempo definido y corto, si el paciente va a requerir de ventilación mecánica durante un periodo de tiempo mayor, se pasaría a realizar una intubación endotraqueal.

En el caso de que la ventilación mecánica para el paciente fuese definitiva o durante un largo periodo de tiempo, el personal tendría que recurrir a métodos quirúrgicos para conseguir el aislamiento de la vía aérea mediante traqueotomía. La intubación requiere mucha práctica y entrenamiento, los encargados de realizarlos, como las enfermeras, deben conocer la técnica, los dispositivos de los que disponemos y el material necesario para el procedimiento.

Una vez que el paciente está intubado, los cuidados corren por cuenta del personal de enfermería.

Los cuidados del paciente con vía aérea artificial son muchos, como la higiene de la cavidad oral con agua y colutorio para evitar infecciones, el cambio de fijación y puntos de apoyo del TET, evitando los decúbitos, el cambio de cinta de sujeción en caso de que se encuentre sucio, verificar la presión del neumotaponamiento del tubo, comprobar la posición y conocer el número que está en la comisura de la boca del paciente, aspirar las secreciones, etc.

6 Bibliografía

1. Moll V. Generalidades sobre el paro respiratorio [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2020. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/paro-respiratorio/generalidades-sobre-el-paro-respiratorio>.
2. “Obstrucción de La Vía Aérea.” Argentina.gob.ar, 29 Dec. 2016, www.argentina.gob.ar/salud/primerosauxilios/situaciones/atragantamiento.

3. Dubé, Bruno-Pierre, et al. “Disnea de Esfuerzo En Las Enfermedades Respiratorias Crónicas: De La Fisiología a La Aplicación Clínica.” *Archivos de Bronconeumología*, vol. 53, no. 2, Feb. 2019, pp. 62–70, 10.1016/j.arbres.2016.09.005. Accessed 2 Feb. 2020.
4. Izrailtyan I, Qiu J, Overdyk FJ, et al: Risk factors for cardiopulmonary and respiratory arrest in medical and surgical hospital patients on opioid analgesics and sedatives. *PLoS One* Mar 22;13(3):e019455, 2018. doi: 10.1371/journal.pone.0194553.
5. Lee LA, Caplan RA, Stephens LS, et al: Postoperative opioid-induced respiratory depression: A closed claims analysis. *Anesthesiology* 122: 659–665, 2015. doi: 10.1097/ALN.0000000000000564.
6. “Permeabilización Básica de La Vía Aérea.” *Www.madrid.es*, Apr. 9AD, www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/602_01.htm.
7. Carrillo Álvarez A, López-Herce Cid J. Conceptos y prevención de la parada cardiorrespiratoria en niños. *An Pediatric (Barc)* [Internet]. 2006 [citado el 3 de agosto de 2022];65(2):140-6. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-conceptos-prevencion-parada-cardiorrespiratoria-ninos-articulo-13091483>.
8. Pereda AL. Un breve repaso sobre los dispositivos auxiliares para mantener permeable la vía aérea [Internet]. *Noticias en Salud*. 2019 [citado el 3 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.noticiasensalud.com/enfermeria/2019/01/23/un-breve-repaso-sobre-los-dispositivos-auxiliares-para-mantener-permeable-la-via-aerea/>.
9. ARYDOL-Dispositivos vía aérea difícil [Internet]. *Arydol*. 2017 [citado el 3 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://arydol.com/temas/secciones/via-aerea/via-aerea-dificil/dispositivos-de-la-via-aerea-dificil/#laringe>.
10. Burgos AM. Combitubo. Una alternativa a la intubación de la vía aérea – *Revista Electrónica de Portalesmédicos.com* [Internet]. *Portalesmédicos.com*. [citado el 4 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2073/1/Combitubo-Una-alternativa-a-la-intubacion-de-la-via-aerea.html>.
11. Gaitini L, Madrid V, Capdevila M, Ariño JJ. El tubo laríngeo. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* [Internet]. 2008[citado el 8 de agosto de 2022];55(4):232-41. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-articulo-el-tubo-laringeo-S0034935608705541>.
12. Fernanda Baeza.G, tubo laríngeo [Internet]. *Revista Chilena de Anestesia. Sociedad de Anestesiología de Chile*; 2017 [citado el 10 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/tubo-laringeo/>.
13. Regalado PJ. El tubo endotraqueal y su estructura [Internet]. *Com.mx*.2020

[citado el 10 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://surtimedik.com.mx/blog/ventilacion-y-via-aerea/tubo-endotraqueal-y-su-estructura>.

14. Serna, MB, Paz.D, Mariscal, M.L, AnesteriaR. Descripción de los tubos endotraqueales [Internet]. Anestesia R. 2018 [citado el 11 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://anestesiario.org/2012/descripcion-de-los-tubos-endotraqueales/>.

15. Ostabal Artigas, M. I. “La Intubación Endotraqueal.” *Medicina Integral*, vol. 39, no. 8, 15 Apr. 2002, pp. 335–342, www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-intubacion-endotraqueal-13031115.

16. Milena Martinez.S, Orozco Salazar, L.F. “Guía Para Manejo de Dispositivos de va by FEDSalud Federación Gremial de Trabajadores de La Salud - Issuu.” *Issuu.com*, issuu.com/fedsalud/docs/guia_para_manejo_de_dispositivos_de.

17. Salvar vidas - Traqueostomía y Cricotirotomía. *Destrezasmedicasparasalvarvidas.com*. Disponible en: http://destrezasmedicasparasalvarvidas.com/capitulo4_celular.html.

18. Pantoja Hernández. C.G, Mora Santos. M.E, Blasco Huelva.A, Libro virtual en formación de ORL. Traqueotomía: Indicaciones, Técnica y Complicaciones. Capítulo X. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. Disponible en: <https://seorl.net/PDF/Laringe%20arbor%20traqueo-bronquial/110%20-%20TRAQUEOTOMÍA%20INDICACIONES,%20TÉCNICA%20Y%20COMPLICACIONES.%20INTUBACIÓN.pdf>.

19. Meaudre E, Monteriol A, Bordes J, Cotte J, Carhelinaud O, Boret H, et al. Traqueotomía quirúrgica y traqueotomía percutánea en reanimación. *EMC-Anest Reanim* [Internet] 2019;38(3):1-22. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1280470312623652>.

Capítulo 100

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

NAZARET GÓMEZ MARTÍN DE VIDALES

ANAIS GARCIA DEL CERRO

MARTA MINAYA CELA

JOSSELYN PAMELA CHINCHAY RAMÍREZ

1 Introducción

Se denomina presión intracraneal a la presión que se ejerce dentro del cráneo. El compartimento intracraneal está formado por el cerebro, el líquido cefalorraquídeo y la sangre. Los valores normales de la presión intracraneal son entre 10-15 mmHg. El aumento de la presión intracraneal se debe a un aumento mantenido de la presión por encima de 20 mmHg.

En un adulto hay unos 100-150 ml de líquido cefalorraquídeo que se va reabsorbiendo en torno a 20 ml/h. El aumento de la presión intracraneal puede ser debido a alteraciones del líquido cefalorraquídeo, como la hidrocefalia.

Cuando este líquido cefalorraquídeo se produce en más cantidad, o no se reabsorbe todo lo que debería o, por el contrario, no se elimina, es necesario el drenaje ventricular externo.

Estos drenajes llevan asociados una serie de riesgos, por lo que necesitan una vigilancia estrecha. Algunos de los riesgos pueden ser: las infecciones, hemorragias, obstrucción del catéter, ...

Este drenaje está indicado para monitorizar la presión intracraneal o para drenar el exceso de líquido cefalorraquídeo. Además, también nos permite la administración de fármacos como antibióticos o anticoagulantes en caso de hemorragia intraventricular.

Para disminuir el riesgo de infecciones que lleva asociados estos catéteres, es necesario establecer unas pautas para todo el personal de enfermería. Debido a su complejidad es necesario que el personal de enfermería conozca el manejo de dichos drenajes y sus respectivos cuidados. Para así poder evaluar, identificar y actuar de manera eficaz ante cualquier suceso que pueda aparecer, ya que esto supondría un riesgo para el paciente.

2 Objetivos

- Exponer los cuidados de enfermería ante los drenajes ventriculares externos.
- Analizar toda la información acerca de los drenajes ventriculares y crear pautas unificadas, para que el personal de enfermería conozca el manejo de estos drenajes para así disminuir la incidencia de infecciones.
- Identificar los factores de riesgo que lleva asociado estos catéteres para disminuir el riesgo de infección.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes artículos científicos en varias bases de datos como Medline, Scielo. Se han revisado varios protocolos de distintos hospitales y numerosos manuales.

Después de la lectura crítica de los documentos se ha desarrollado estos cuidados.

4 Resultados

El uso de este drenaje lleva asociado una serie de complicaciones, tales como:

- Infecciones.
- Hemorragia.
- Desplazamiento del catéter.
- Rotura del catéter.
- Colapso ventricular.
- Pérdida del líquido cefalorraquídeo por el punto de inserción.
- Obstrucción del catéter.

El drenaje ventricular posee varias partes:

- El propio catéter, que suele estar impregnado de antibiótico, es largo y esta tunelizado.
- Tiene llave de tres pasos para poder administrar medicación y extraer líquido cefalorraquídeo.
- Una bolsa colectora con válvula antirreflujo, con filtro antimicrobiano, graduada.

Para extraer muestras del drenaje:

- La manipulación del catéter se hará lo menos posible, para evitar las infecciones. Si hiciera falta manipularlo, se hará con técnica aséptica.
- Pinzaremos el drenaje 30 minutos antes de la extracción.
- Se recogerán las muestras de la llave que está más próxima al paciente, desinfectando la llave con clorhexidina y mediante técnica estéril.
- Extraeremos la mínima cantidad de líquido cefalorraquídeo, y se extraerá lentamente para que no haya colapso ventricular.
- Para la administración de medicación, se realizará mediante técnica estéril, el fármaco que administraremos se habrá preparado previamente en una campana de presión negativa mediante técnica estéril, si no es así se utilizará un filtro antimicrobiano. La medicación se preparará con el mínimo volumen. Una vez administrado el tratamiento, el drenaje estará una hora cerrado.

Cuidados del drenaje ventricular externo:

- El paciente permanecerá en decúbito supino con el cabecero elevado, salvo que exista contraindicación. Se evitarán las flexiones laterales del cuello.
- Se revisará periódicamente la altura del sistema. El nivel del sistema va a variar en función de la posición del catéter. La bolsa colectora se pondrá a la altura que indique el médico, se toma como referencia el meato auditivo externo.

Para cambiar la altura, cerraremos antes el drenaje para evitar el fenómeno de sifonaje, que consiste en la salida excesiva de líquido cefalorraquídeo hacia la cámara recolectora, provocando un colapso ventricular.

- Durante los traslados del paciente, el sistema permanecerá cerrado hasta que se instale el paciente.
- Se comprobará que las llaves estén abiertas hacia la bolsa colectora y se vigilará la permeabilidad del drenaje.
- Mientras tenga el drenaje, el médico le prescribirá antibióticos.
- Se realizará una cura diaria del punto de inserción del catéter, mediante técnica estéril y se vigilarán los signos de infección. Se pondrá un apósito transparente para vigilar signos de infección.

- La bolsa colectora se cambiará a las 24h o antes si estuviera llena.
- En el caso de que el catéter se obstruya, se avisará al médico y no se administrarán ni se aspirarán soluciones sin que lo prescriba el médico.
- En el caso de que el catéter se rompa, se pinzará el catéter y se avisará al médico.
- Se registrará el volumen, aspecto y color del líquido cefalorraquídeo que se ha drenado.
- Se utilizará la escala de Glasgow para ver el nivel de consciencia, la escala de Rass para el nivel de sedación del paciente y la focalidad neurológica.
- Se tomarán constantes como tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura.
- Se calculará la presión de perfusión cerebral, tomando la presión arterial media y restándole la presión intracraneal.

Debemos registrar el aspecto del líquido cefalorraquídeo:

- En condiciones normales es transparente.
- Si es turbio y de color amarillo, es indicativo de infección.
- Si es hemático, es indicativo de hemorragia.
- Si tiene un color amarillo – ámbar, es indicativo de un sangrado antiguo.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con drenaje ventricular externo necesitan de unos cuidados específicos y una vigilancia neurológica exhaustiva, todo esto nos permitirá recoger las posibles complicaciones que puedan aparecer y solventarlo lo antes posible. Es por ello, que se necesitan unos cuidados de enfermería estandarizados para garantizar la máxima calidad de los mismos.

Este tipo de pacientes necesitan un control constante por parte de enfermería. Además, el personal de enfermería tiene como responsabilidad, el proporcionar unos buenos cuidados y por ello deberán actualizar los conocimientos acerca de este tipo de drenajes.

Trabajando de esta manera, alcanzaremos una mayor excelencia en el desempeño de nuestra profesión y, por otro lado, brindaremos ese respeto y esa seguridad que se merecen nuestros pacientes.

6 Bibliografía

1. López L, Viña L, Martín L, Calleja C, Rodríguez R, Astola I et al. Complicaciones infecciosas relacionadas con el drenaje ventricular externo. Incidencia y factores

- de riesgo. *Rev Esp Quimioer.* 2017; 30(5): 327-333.
2. Robles M, Cotillo MA, Tabarés M, Torre L, Sánchez A, Fernández D. Cuidados de enfermería a pacientes portadores de drenaje ventricular externo. *Asociación española de enfermería y salud.* 2017; 1(3): 180-186.
 3. Hurtado V, Marcos L, Duarte MB, Delgado S, catalán I, Joven L. Cuidados de enfermería en el drenaje ventricular externo. *Revista sanitaria de investigación.* 2021; 2(4).
 4. Martínez L, Aveiro A. Ventriculitis asociada a drenaje ventricular externo. *Rev virtual Soc Parag Med Int.* 2017; 4(1): 46-56.
 5. Sáenz A, Argañaraz R, Epelbaum C, Sánchez M, Mantese B. Infecciones asociadas a drenaje ventricular al exterior: incidencias y factores de riesgo. *Suplemento pediatría.* 2020;1(1): 11-15.
 6. Minguillón N, Belloc L, Marín L, Cubero C, Casaús MA. Drenaje ventricular externo: artículo monográfico. *Revista sanitaria de investigación.* 2021;2(12).
 7. Rodríguez I. Cuidados postquirúrgicos del drenaje ventricular externo. *Enfermería integral.* 2018;19.67-71.

Capítulo 101

ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES ANTE UN NEUMOTÓRAX

JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ

CARMEN BELEN GALVAN CABRERO

ROCIO LOPEZ CALERO

VIRGINIA OÑATE ZAMORA

GERMÁN APARICIO SAN JOSÉ

1 Introducción

Como todos sabemos, el aire entra a través de la nariz o la boca, bajando así a través de la tráquea y provocando que los pulmones se expandan (movimiento de inspiración) debido a que la presión de la pared torácica es más baja que la atmosférica. Tras ello, los pulmones vuelven a su posición de origen y fuerzan la salida de aire (movimiento de expiración).

Para poder entender mejor este proceso y, por supuesto, lo que es un neumotórax vamos a comenzar definiendo lo que es la pleura.

La pleura se define como la membrana que recubre toda la cavidad torácica (como los pulmones) y el diafragma. Se trata de una membrana muy delgada que a su vez se divide en dos capas:

- Pleura parietal: es la más externa y recubre toda la pared torácica.
- Pleura visceral: es la capa más interna que rodea a cada pulmón.

El espacio existente entre ambas pleuras es lo que se conoce como cavidad o espacio pleural.

La presión existente en este espacio es siempre menor que la presión atmosférica (presión negativa) para facilitar esa expansión pulmonar.

En algunos casos y por diversos motivos que a veces dificultan determinar las causas, aparece aire entre estas dos capas pleurales y las despega (se pierde esa presión negativa) provocando lo que conocemos como neumotórax que puede afectar a uno o a ambos pulmones a la vez.

Por tanto, se puede definir como neumotórax a la presencia o acumulación de aire en la cavidad pleural, lo que provocaría un aumento de presión intrapleural, consiguiendo así que se produzca una pérdida de la presión negativa (que es necesaria para conseguir la expansión pulmonar) y con ello provocando un colapso total o parcial del pulmón.

2 Objetivos

Los principales objetivos serán:

- Dar a conocer qué es un neumotórax
- Diferenciar los tipos de neumotórax.
- Saber identificar los síntomas de un paciente con un posible neumotórax y las pruebas diagnósticas a realizar.
- Exponer cuáles son los correctos cuidados de enfermería en el neumotórax.

3 Metodología

Para este capítulo se ha elaborado una revisión bibliográfica sobre el neumotórax, eligiendo tan solo la información basada en evidencias científicas en diversas revistas y artículos científicos de las principales bases de datos, como: PubMed, Medline y Scielo.

Las palabras clave utilizadas han sido: cuidados de enfermería, protocolos de neumotórax, neumotórax, enfermedades pulmonares.

4 Resultados

1. Etiología.

Existen diferentes tipos de neumotórax según la causa que lo provoque. Está podrá ser de varios tipos:

1.1. Traumático: es aquel que está provocado por problemas externos al organismo, pudiéndose producir por una lesión directa en el pulmón a través de una herida producida en la pared torácica. Pueden ser provocadas por agresiones con arma blanca, un accidente de tráfico. En cualquier caso, estas lesiones provocan la entrada de aire en la cavidad pleural provocando el colapso del pulmón y, además, en este tipo de lesiones puede a su vez aparecer una acumulación de sangre entre pulmón y pared torácica (hemotórax).

1.2. Yatrogénico: es aquel que se produce por una posible complicación durante un procedimiento médico realizado al paciente, por ejemplo, durante una biopsia de la pleura (punción transparietal), una toroscopia o en paciente con un respirador artificial.

1.3. Espontáneo: se habla de neumotórax espontáneo cuando se produce la entrada de aire a la cavidad pleural a través de una rotura, pero sin ningún motivo claro para que se produzca, es decir, ocurre en ausencia de un traumatismo en una persona sana en apariencia. En este tipo nos podemos encontrar con dos clasificaciones:

- Neumotórax espontáneo primario: se produce de forma repentina en una persona que no ha padecido con anterioridad de una enfermedad pulmonar. En ocasiones se suele asociar a pacientes fumadores y predominante en pacientes jóvenes, varones y con buena salud.
- Neumotórax espontáneo secundario: afecta a paciente con una enfermedad pulmonar preexistente como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), procesos infecciosos, fibrosis quística, etc. Suele asociarse además a pacientes de edad avanzada.

2. Síntomas y pruebas complementarias para su diagnóstico:

Existe un porcentaje mayor del 10% en el que el neumotórax se produce de forma asintomática, pero aun así existen varios síntomas que nos pueden dar una señal de lo que está pasando y estos dependerán en gran parte a la causa o el tamaño del neumotórax.

Algunos síntomas son los siguientes:

- Dolor torácico pleurítico, el cual suele ser de inicio repentino y agudo o crónico que aumenta con los movimientos respiratorios profundos o incluso con la tos. Puede transmitirse hacia el cuello y/o abdomen.
- Disnea: puede ser una mínima insuficiencia respiratoria o puede ir acompañado de una ligera molestia torácica y/o taquipnea con disminución del movimiento afectado del lado afectado del tórax.
- Tos seca e incluso en ocasiones con expectoración hemoptoica.
- Puede presentar una disminución o ausencia de ruidos respiratorios.

- Se puede observar en la mayor parte de los casos una ligera taquicardia e hipotensión.
- Otros síntomas pueden ser: hipoxemia, hipercapnia, alcalosis respiratoria, enfisema subcutáneo, etc.

3. Las pruebas necesarias para su correcto diagnóstico serán las siguientes:

- Pruebas de imagen como una radiografía (Rx) simple, ya que nos permite ver la acumulación de aire en la cavidad pleural además de su tamaño. En el caso de que no sea posible identificar el neumotórax a través de una Rx, pero se siga sospechando de su existencia, se puede realizar una tomografía axial computarizada (TAC).
- Estas pruebas de imagen son fundamentales para confirmarlo, ya que, como hemos dicho anteriormente, más del 10% de los pacientes son asintomáticos.
- Oximetría: nos indica una disminución de la SatO₂.
- Gasometría arterial
- Hemograma: en ocasiones puede existir déficit de hemoglobina debido a la pérdida de sangre si existe un hemotórax.
- Electrocardiograma: no son frecuentes las alteraciones eléctricas

4. Tratamientos.

En estos casos, los tratamientos deben ir encaminados a conseguir una eliminación del aire o incluso la sangre acumulada en el espacio pleural.

El tratamiento dependerá de la causa y de la gravedad.

En el caso de un neumotórax primario se mantendrá al paciente en observación y se repetirán las pruebas de imagen para confirmar que no ha progresado. Si se observa una progresión se valorará la colocación de un drenaje torácico y si aun así no se consiguiera su buena evolución se propondrá una intervención quirúrgica.

Por otro lado, en el caso de un neumotórax secundario, el tratamiento dependerá de la enfermedad preexistente del paciente, por lo que será necesario el ingreso del paciente para valorar si tan solo precisa de O₂ o si, por el contrario, precisaría de un drenaje torácico y/o una pleurodesis (como prevención de una recidiva).

5. Cuidados y procesos de enfermería.

En el caso de ser necesario la colocación de un drenaje torácico, la enfermera deberá preparar el material necesario para el procedimiento como:

- Material estéril como guantes, bata y mascarilla.
- Empapadores y paños estériles.
- Desinfectantes como clorhexidina y/o betadine.

- Gasas.
 - Bisturí.
 - Jeringas de 10-20cc.
 - Aguja IM y subcutáneas.
 - Anestésico local.
 - Pinza de Kocher, pinza de disección, porta-agujas y tijeras estériles.
 - Tubos de tórax de diferentes tamaños.
 - Tubos de recogida de muestras si fuera preciso.
 - Seda con aguja curva.
 - Drenaje torácico.
 - Sistema de vacío.
 - Contenedor para elementos punzantes.
 - Apósitos para el punto de inserción.
- Una vez realiza la colocación del drenaje, la enfermera deberá:
- Controlar signos y síntomas del paciente: control de las constantes vitales.
 - Controlar el dolor.
 - Administrar medicación pautada por el médico: por ejemplo, la administración de heparina si fuera necesario.
 - Revisar la permeabilidad del drenaje.
 - Realizar la cura estéril diaria del punto de inserción del drenaje y observar posibles hemorragias y coloración de piel y mucosas.
 - Debemos favorecer la eliminación de secreciones, manteniendo una buena hidratación y enseñando al paciente a tener una tos efectiva.
 - Revisar las conexiones a diario y la cámara de agua.
 - Mantener el sistema de drenaje por debajo del tórax y de forma vertical para evitar así acodamientos del tubo.
 - Observar y anotar las características y cantidad de líquido del drenaje.
 - Detectar y controlar que no exista ninguna fuga.
 - Evitar cerrar las pinzas del tubo torácico salvo para realizar cambio del drenaje.
 - Resolver cualquier duda o preocupación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se comprueba que el neumotórax es una emergencia que precisa de un rápido diagnóstico e intervención por parte del personal sanitario.

Se destaca la necesidad de saber cómo identificar un neumotórax a tiempo, así como los diferentes tipos según las causas que lo provoquen.

Además, se resalta la importancia de la labor de enfermería en este tipo de situaciones, ya que, en un primer momento, si el paciente acude al servicio de urgencias, la enfermera deberá ser capaz de realizar un correcto triaje, identificando la gravedad de la situación y, posteriormente, será fundamental su presencia tanto para colaborar en el procedimiento de la colocación del drenaje torácico como para el buen mantenimiento a posteriori de dicho drenaje.

6 Bibliografía

1. Irene Ramos Navajas, Ana Raquel Martin Serrano, Ana Miñana Muñoz, Lidia López Herrero, Ariana Martin Cabrero. Plan de Cuidados de Enfermería en paciente con Neumotórax espontáneo. Revista Sanitaria de Investigación: RSI. Enero 2022. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-decuidados-de-enfermeria-en-paciente-con-neumotorax-espontaneo/>.
2. Carolina Ortego Destre, Daria Rosa Herranz Cayon, Noelia Roxana Mayta Huaraca, Lorena García Neila, Melani Pozo Celma et al. Proceso de Atención de Enfermería en paciente con neumotórax espontáneo. Revista Ocronos: Editorial Científico Técnica. 2021; 4 (11): 31. Disponible en: <https://revistamedica.com/paenemotorax-espontaneo/>.
3. Cuidados de Enfermería en el neumotórax. Revista electrónica de Portales Médicos. [Internet]. Marzo 2016; Disponible en: [https://www2.unavarra.es/gesadj/servicioBiblioteca/tutoriales/Citar_referenciar_\(Vancouver\).pdf](https://www2.unavarra.es/gesadj/servicioBiblioteca/tutoriales/Citar_referenciar_(Vancouver).pdf).
4. José Antonio Capel del Río, Esperanza Aranguren Erdozáin, Juan Carlos Larumbe Iriarte. Cuidados enfermeros al paciente con neumotórax en un servicio de urgencias hospitalario. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias: CUIDEN; Noviembre 2004. Disponible en: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2004/noviembre/cuidadosneumotorax.htm.

Capítulo 102

ENFERMERÍA Y EL DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA

JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ

CARMEN BELEN GALVAN CABRERO

ROCIO LOPEZ CALERO

VIRGINIA OÑATE ZAMORA

GERMÁN APARICIO SAN JOSÉ

1 Introducción

Hablaremos sobre algo que afecta a la gran mayoría de la población y que necesita en muchos casos de la ayuda de los profesionales. La hidradenitis supurativa se define y describe como una enfermedad autoinmune crónica causada por el bloqueo de los folículos pilosos, dando lugar a la formación de nódulos. También conocido como acné inverso, no es contagioso y a menudo puede asociarse con infecciones bacterianas secundarias. Para diagnosticar esta enfermedad se debe realizar con base en el tipo típico de lesión, ubicación, antecedentes familiares y patrón de recurrencia y cronicidad. A medida que avanza la enfermedad, también pueden verse afectadas las zonas más expuestas a tensiones mecánicas repetitivas, como el cuello, el tronco y la zona lumbar. La hidradenitis se caracteriza por la presencia de nódulos inflamatorios, fístulas, abscesos, cicatrices y acné. Al inicio de

la enfermedad comenzarán leves molestias, eritema, ardor y sudoración excesiva. Cuando el absceso se rompe, libera pus y líquido maloliente. La hidradenitis debe distinguirse de otras infecciones más comunes, como forúnculos, ántrax y abscesos, enfermedad de Crohn cutánea y acné. Esta enfermedad afecta comúnmente áreas intersticiales, incluidas las axilas, el perineo, los pliegues inframamarios y la ingle, a menudo con una distribución bilateral.

2 Objetivos

En este trabajo daremos a conocer los signos y síntomas de la Hidradenitis Suppurativa, así como el diagnóstico y tratamiento por parte del personal de enfermería.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente, así como una búsqueda de libros y artículos en las principales bases de datos. También en buscadores de internet.

4 Resultados

Dependiendo de la gravedad de este tipo de enfermedad, se puede dividir en diversos tipos:

- Estadio I: lesiones inflamatorias transitorias que no cicatrizan. - Estadio II: Los abscesos solitarios incluyen los túneles y las cicatrices, así como las únicas o múltiples que se separan por piel normal. - Estadio III: cambios fusionados con túneles, cicatrización e inflamación. A pesar de que esta enfermedad se encuentra cada vez más sencillo de diagnosticar, en algunos casos y la mayoría de los pacientes que padecen este tipo de patologías, se encuentran inmersos en un proceso de simplificación de sus síntomas, por lo tanto, ¿por qué estos pacientes deben buscar atención médica? Se requiere la realización de una consulta con el fin de lograr un diagnóstico preciso, ya que los individuos que padecen los síntomas de la enfermedad carecen de una solución a la misma. En la actualidad, no se encuentra claro el motivo de la presente enfermedad, no obstante, según ciertos estudios, se puede inferir que esta enfermedad está vinculada con factores hormonales y genéticos. Este procedimiento se inicia cuando los folículos pilosos

y sebáceos se obstruyen, lo que obstaculiza la eliminación del contenido de las glándulas apocrinas. Esto causa que los quistes sean susceptibles a infecciones bacterianas en la piel. La respuesta inmune provoca cambios que conducen a una mayor respuesta inflamatoria. Uno de los factores más importantes a tener en cuenta a la hora de diagnosticar esta enfermedad son las lesiones cutáneas que se producen. Los pacientes con esta afección tienen una vida baja debido a los síntomas de la hidradenitis, como dolor, picazón y olor desagradable. Estos síntomas afectan al paciente, especialmente a la vida diaria, laboral y a las relaciones sociales. Es esencial tener en cuenta los factores de peligro relacionados con esta patología, tales como tabaquismo, obesidad, respuesta inmune alterada, antecedentes familiares, empleo de ciertos medicamentos como el litio, la presión arterial alta o estresada, el uso de productos irritantes como desodorantes, . Ropa, uso de afeitadora, dieta hiperglucémica y estilo de vida sedentario. Esta enfermedad se diagnostica si el paciente ha tenido lesiones dolorosas o purulentas al menos dos veces en los últimos seis meses.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando que es importante ponerse en manos de profesionales de la salud ante cualquier indicio de esta afección, y hacer caso de las recomendaciones impartidas por el equipo de enfermería, y se puede resolver y revertir con una buena medicación. Uno de los elementos fundamentales que deben tenerse en cuenta para el diagnóstico de esta enfermedad son las lesiones cutáneas que se presentan.

La enfermedad no cuenta con una cura efectiva, por lo tanto resulta imperativo realizar un diagnóstico rápido para prevenir los síntomas y disminuir su aparición. Por consiguiente, resulta imperativo optimizar la ruta asistencial de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Martinez Pizarro, Sandra. Suppurative hidradenitis. Rev Esp Salud Pública [Internet] 2021 [citado 15 de enero de 2022]; 94:e1-e3. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32108134.
2. Martorell A, Caballero A, Gonzalez Lama Y, Jimenez Gallo D, Lazaro Serrano M, et al. Management of patients with hidradenitis suppurativa. Actas Dermosifiliogr [Internet] 2021 [citado 25 de enero de 2021]; 107 suppl 2:32-42. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28081768.

Capítulo 103

ENFERMERÍA ANTE LOS ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES

JOSÉ ANTONIO ARANDA CRUZ

CARMEN BELEN GALVAN CABRERO

ROCIO LOPEZ CALERO

VIRGINIA OÑATE ZAMORA

GERMÁN APARICIO SAN JOSÉ

1 Introducción

Un código de accidente cerebrovascular es la identificación temprana de signos y síntomas que pueden llevar a un accidente cerebrovascular. Es una enfermedad que afecta los vasos sanguíneos del cerebro porque no están bloqueados o fluyendo correctamente. Ante el código ictus, la prioridad recae en la atención y traslado inmediato al centro hospitalario más cercano para su tratamiento en las primeras horas de la fase aguda. El ictus es actualmente la segunda causa de muerte en el mundo. Este accidente cerebrovascular puede ocurrir de dos maneras diferentes: una es cuando la sangre en cierta parte del cerebro se detiene rápidamente y provoca una isquemia en el cerebro.

Por ejemplo, un coágulo de sangre bloquea el flujo de sangre a un área del cerebro, lo cual provoca que las células se dañen y mueren, y esto también puede ocurrir en algunas patologías cuando los vasos sanguíneos se estrechan y se cierran por completo. Es fundamental conocer qué puede haberlo ocasionado, ya que esto es

sumamente importante para comprender qué tratamiento se ofrece y qué plan de tratamiento se utiliza para evitar que vuelva a surgir problemas. Las causas de un ictus son diversas: debilidad muscular en un lado del cuerpo, pérdida de la capacidad de trabajo, disminución del habla, disminución de la visión en uno o ambos ojos, confusión repentina, mareos y dolor de cabeza, etc.

2 Objetivos

Informar sobre los síntomas de los accidentes cerebro vasculares y actualizar los cuidados enfermeros en la actuación intrahospitalaria ante 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

Hablaremos de como hay que llevar a cabo la actuación ante un código ictus en la unidad de urgencias y de la importancia de una rápida intervención por el equipo médico. La Organización Mundial de la Salud define un accidente cerebrovascular como un trastorno neurológico que se produce de forma repentina, dura más de 24 horas y causa una interrupción repentina del flujo sanguíneo en el cerebro.

Clasificación del accidente cerebrovascular:

Isquémico: La encefalopatía isquémica se produce cuando un coágulo de sangre, embolso o estenosis interrumpió el rendimiento de oxígeno en un área del cerebro. El sangrado hemorrágico es una enfermedad que afecta al cerebro, los ventrículos, el espacio subaracnoideo o el espacio subdural. Los factores principales de riesgo son: edad, sexo, género, edad, ubicación geográfica, bajo peso al nacer, diabetes mellitus, homocisteinemia, estilo de vida sedentario, hipertensión arterial, obesidad, cardiopatías: fibrilación auricular, tabaquismo y anemia falciforme. Los pacientes deben saber si sus síntomas son de un derrame cerebral, ya que el cerebro puede destruirse por completo en minutos, causando efectos permanentes y, aunque todos estos síntomas, pocos son capaces de reconocerlos.

El objetivo del código ictus intrahospitalario es reducir el tiempo entre el inicio de los síntomas y el acceso al posible tratamiento después del diagnóstico. En el ámbito de la neurología, se implementará un programa de ictus en el que los pacientes deben valorar y realizar estudios neurográficos. La especialista en triaje debe identificar los trastornos neurológicos que pueden presentar síntomas y signos que sugieran un accidente cerebrovascular, según la presentación del paciente y la etiología vascular.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos el capítulo destacando que el ictus/ accidente cerebrovascular es uno de los problemas de salud pública más complejos en el ámbito nacional, debido a su elevada mortalidad. Es sumamente importante tomar medidas con mucha rapidez cuando una persona padece un ictus, ya que las consecuencias pueden ser muy distintas e incluso pueden poner en peligro la vida del paciente. Es importante evitar fumar, obesidad y otras sustancias peligrosas. También es esencial adoptar una dieta equilibrada con el fin de disminuir el consumo de sal y mantener una buena salud vascular para evitar accidentes cerebrovasculares.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. Accidente cerebrovascular isquémico. Blood, Heart and Circulation [Internet]. 2015 [cited 2021 Sep 20]; Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ischemicstroke.html>.

Capítulo 104

COMPETENCIAS ENFERMERAS DURANTE EL DESEMPEÑO PROFESIONAL EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

JORGE PÉREZ PÉREZ

LUCÍA MORENO BRIONES

ALBERTO MARTÍNEZ GARRIDO

1 Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) constituyen servicios de vital importancia destinados a la atención multidisciplinaria de pacientes en estado crítico. Con el propósito de asegurar la prestación de atención de alta calidad y seguridad en este entorno, se hace imprescindible que las enfermeras adquieran una formación exhaustiva y especializada (1). En este contexto, varios investigadores han subrayado la necesidad de concebir un marco que englobe las competencias esenciales que las enfermeras de UCI deben desarrollar en su ejercicio profesional (2). Por consiguiente, es imperativo que las instituciones de salud fomenten la formación adecuada, promoviendo la cohesión y el trabajo en equipo (3). En este proceso, es relevante destacar que las enfermeras evalúan su propia eficacia en la atención a pacientes críticos de manera distinta en comparación con otros profesionales de la salud. Asimismo, la naturaleza dinámica de su labor conduce a los propios enfermeros a reconocer la necesidad de brindar cuidados altamente

especializados, los cuales solo pueden comprenderse desde su perspectiva única (4). Por ello, es innegable que la atención en las UCI desempeña un papel fundamental en la garantía de la seguridad y la calidad del cuidado, sin descuidar la obtención de los mejores resultados basados en la evidencia científica disponible. En este sentido, además de fomentar la colaboración interprofesional, resulta indispensable que se ofrezca una formación apropiada que conlleve a una mejora sustancial en los resultados asistenciales. Este enfoque contribuye también a la percepción positiva que los pacientes y sus familias tienen respecto a la atención recibida, puesto que la excelencia profesional se refleja en la atención prestada en contextos específicos, como las UCI (5,6).

La enfermería de cuidados críticos se dedica al estudio y la atención de respuestas fisiológicas y psicológicas particulares en respuesta a situaciones que presentan un riesgo de mortalidad real o latente (7). Las prioridades en el ámbito de la enfermería de cuidados críticos se fundamentan en diversas perspectivas. Estudios previos han abordado las opiniones de sistemas de salud a nivel nacional y regional, hospitales individuales y grupos de profesionales médicos, en un esfuerzo por expresar sus respectivos puntos de vista respecto a los servicios de cuidados críticos. Sin embargo, es notorio que escasos estudios han adoptado una perspectiva integral a nivel global. Esto ha permitido que la Federación Mundial de Cuidados Críticos y de Emergencia (WFCCN) mantenga su posición como un influyente defensor en la articulación de problemáticas y prioridades, así como en la promoción de la necesidad de reformas en la práctica de cuidados críticos a nivel mundial (8). Las competencias se conceptualizan generalmente como una amalgama de conocimientos, aptitudes, actitudes y valores que respaldan la ejecución efectiva y eficiente en el contexto de áreas profesionales u ocupacionales. Un marco de competencias se define como un conjunto de comportamientos necesarios que proporciona directrices estructurales que facilitan la selección, progresión, formación, adiestramiento y evaluación en una determinada disciplina. Por consiguiente, al identificar competencias, la Sociedad de Cuidados Críticos y de Emergencia de Enfermería (SCCN) contribuye al establecimiento y proporciona una estructura para la evaluación de los conocimientos, aptitudes y habilidades aplicables en la práctica de cuidados críticos. Además, las competencias establecidas por la SCCN propician el desarrollo de un sistema destinado a registrar enfermeras especializadas en cuidados críticos que exhiben características de competencia (9,10). La Federación Europea de Asociaciones de Enfermería de Cuidados Críticos (EfCCNa) ha elaborado un documento orientado al desarrollo progresivo de competencias en el ámbito de las enfermeras especializadas en cuidados críticos. Dichas competencias se encuentran distribuidas en cuatro do-

minios principales, cada uno de los cuales abarca sus propios subdominios distintivos]. Concretamente, el dominio Clínico engloba aspectos como la Valoración y el Diagnóstico, Planificación, Implementación y Evaluación de Enfermería; el ámbito Profesional incluye competencias relacionadas con la toma de decisiones complejas, la comunicación, así como cuestiones éticas y legales; el dominio de Gestión abarca la gestión de unidades, la gestión de equipos, la seguridad y salud, y la garantía de calidad; por último, el dominio de Educación y Desarrollo abarca competencias relacionadas con el desarrollo personal, el desarrollo de otros y la práctica basada en evidencia (11).

En la UCI, el equipo de enfermería se encarga del manejo de aparataje específico y que requiere un alto grado de conocimientos. Entre ellos destacan la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) y la hemofiltración. Resulta de suma importancia la implementación de un marco de competencias destinado a las enfermeras especializadas en el manejo de la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) y en el hemofiltro con el propósito de establecer criterios claros que definan niveles adecuados de destrezas y conocimientos clínicos. De este modo, se fomentará el desarrollo profesional continuo de las enfermeras en este ámbito y un mejor desempeño en las unidades de cuidados intensivos (12,13).

2 Objetivos

- Desarrollar las actitudes, creencias e inquietudes de la enfermería en las unidades de cuidados críticos.
- Analizar el avance de las competencias de enfermería dentro del marco de las unidades de cuidados intensivos.
- Describir el papel de enfermería en el manejo de la oxigenación por membrana extracorpórea.

3 Metodología

El presente trabajo ha seguido un diseño de revisión bibliográfica narrativa con el objetivo de analizar la información e investigación existente respecto a las competencias enfermeras durante el desempeño profesional en las unidades de cuidados intensivos.

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 a excepción de los utilizados para la introducción y definiciones.

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 17 investigaciones científicas de los cuales, 17 son artículos científicos, y todas ellas son en inglés.

4 Resultados

En relación con las percepciones y actitudes enfermeras un estudio llevado a cabo en España recogió un total de 568 cuestionarios de profesionales de diferentes servicios de cuidados intensivos. Los resultados reflejaron que las enfermeras defienden que:

- "Los profesionales de enfermería que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) deben adquirir competencias particulares orientadas al manejo del paciente en estado crítico."
- "El cuidado holístico del paciente crítico es parte de la responsabilidad enfermera"
- "Es una habilidad fundamental la capacidad de priorizar"
- "El profesional con más experiencia es fundamental en la ayuda y apoyo para resolver los casos complejos"
- "El buen funcionamiento depende de la coordinación de todo el equipo de salud"
- "La seguridad clínica depende de una formación continuada y periódica"
- "Se debería de contar con una enfermera docente para enseñar a las nuevas profesionales"

Además, cabe destacar que aquellas profesionales con mayor experiencia y desarrollo se interesaban más en el conocimiento y habilidades relacionadas con la continuidad y cuidado asistencial. Por el contrario, aquellas menos experimentadas se centraban sobre todo en aspectos técnico-tecnológico. En cuanto a la necesidad de experiencia previa, la mayor parte de los profesionales de enfermería justifican la necesidad de tener al menos un año de experiencia previa. A su vez, a nivel formativo la gran mayoría también resalta que es necesario una formación específica que asegure unas competencias superiores a las recibidas en el grado (11).

Los profesionales de enfermería en las unidades de cuidados intensivos necesitan una transición que asegure sus competencias. Para ello, la figura del tutor o mentor es clave en la adaptación eficaz y progresiva. Asimismo, se observa una correlación entre la demanda predominante de capacitación especializada y la evaluación de las necesidades formativas en el contexto de las enfermeras de cuidados críticos, lo que subraya la necesidad de una formación específica. Además, se ha identificado que el enfoque formativo actual no resulta eficiente. En consecuencia, se plantea la necesidad de que los sistemas de atención de salud y las asociaciones científicas desarrollen un marco integral que abarque las competencias, habilidades y conocimientos esenciales que deben poseer las enfermeras de la UCI para brindar una atención efectiva a los pacientes en estado crítico (14,15). Un ejemplo de ello es el Foro de Revisión de la Educación de Enfermería en Cuidados Críticos (CCNERF) con sede en Reino Unido elaboró un marco de competencias. En él se ha proporcionado un plan de desarrollo progresivo delineado para profesionales de enfermería que ingresan al ámbito de cuidados críticos para adultos, desde los recién registrados hasta aquellos con experiencia

que han completado la etapa 3 como parte de un programa educativo dentro de una Institución de Educación Superior (IES). El logro de una certificación posterior al registro en enfermería de cuidados críticos, mediante la aplicación del Marco Nacional de Competencias junto con los Estándares Nacionales para la Educación de Enfermeras de Cuidados Críticos, representa un requisito fundamental para el personal de enfermería, tal como se establece en las Directrices para la Prestación de Servicios de Cuidados Intensivos (GPICS), publicadas conjuntamente por la Facultad de Medicina Intensiva (FICM) y la Sociedad de Cuidados Intensivos (ICS) en 2015. Se estipula que al menos el 50% del personal de enfermería registrado en una unidad debe haber alcanzado este estándar (PGICS 14), el cual cuenta con el respaldo de 19 organizaciones que representan a diversas disciplinas de la medicina, enfermería y profesionales de la salud. Los estándares también establecen que todo el personal de enfermería que comienza su carrera en cuidados críticos debe iniciar en el paso 1 del Marco Nacional de Competencias, acompañado de un período de capacitación inicial supernumerario que deberá tener una duración mínima de seis semanas para aquellos profesionales recién calificados. Además de cumplir con los estándares mencionados anteriormente, es importante destacar que el Marco Nacional de Competencias se convierte en una herramienta valiosa para respaldar el proceso de revalidación requerido para todas las enfermeras registradas por el Consejo de Enfermería y Partería, a partir de abril de 2016. Este marco también permite a enfermeras experimentadas evaluar y comparar el nivel de competencia del personal de enfermería en sus respectivas unidades, lo que contribuye al desarrollo de la fuerza laboral en este ámbito crítico. Además, se deben implementar procesos adecuados para garantizar que el aprendizaje en el lugar de trabajo cumpla con estándares de calidad que respalden la colocación de estudiantes en unidades de cuidados críticos durante programas educativos posteriores a la inscripción (16). En definitiva, el Marco Nacional de Competencias para Enfermeros Registrados en Cuidados Críticos de Adultos representa un documento en constante evolución, sujeto a revisiones periódicas con el propósito de asegurar su continua pertinencia en el contexto de la práctica clínica y su adecuación para las demandas de la futura fuerza laboral en el ámbito de la enfermería. Estas revisiones incluirán una evaluación de los desafíos identificados durante su implementación y la formulación de estrategias apropiadas para abordarlos, además de la realización de un ejercicio de alcance destinado a cartografiar la actual adopción y aplicación del marco de competencias en la práctica clínica. Es crucial destacar que se promoverá la disposición de oportunidades de desarrollo educativo que sean pertinentes y ajustadas a las necesidades específicas del servicio clínico, con el fin de asegurar la formación

continua y el fortalecimiento de las capacidades del personal de enfermería en este ámbito (17). En términos generales, esto ha sido ampliamente aceptado por múltiples entidades en el Reino Unido y ha generado interés a nivel internacional, en países como Canadá, Finlandia, Medio Oriente, Nepal, India y Gibraltar. Estos hechos indican un interés global en la búsqueda de una educación en cuidados críticos que sea completa y que pueda ser transferida de manera efectiva, lo que subraya la necesidad de establecer una coherencia en este campo a nivel internacional (16).

5 Discusión-Conclusión

1. La formación especializada de las enfermeras en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es fundamental para garantizar la atención de alta calidad y seguridad en pacientes críticos.
2. Existe un reconocimiento generalizado de la importancia de que las enfermeras adquieran competencias particulares orientadas al manejo de pacientes en estado crítico.
3. El cuidado holístico del paciente crítico es una parte esencial de la responsabilidad de las enfermeras en las UCI, y la capacidad de priorizar y trabajar en equipo es fundamental.
4. La experiencia y el desarrollo profesional influyen en las preferencias de formación de las enfermeras, con profesionales más experimentados enfocándose en la continuidad y el cuidado asistencial, y los menos experimentados centrándose en aspectos técnico-tecnológicos.
5. La figura del tutor o mentor desempeña un papel clave en la transición efectiva de las enfermeras a las UCI, y existe una correlación entre la demanda de capacitación especializada y las necesidades formativas de las enfermeras de cuidados críticos.
6. La creación de marcos de competencias específicos es esencial para garantizar que las enfermeras adquieran las habilidades y conocimientos necesarios para brindar una atención efectiva en las UCI.
7. La colaboración a nivel nacional e internacional es importante para establecer estándares de formación y competencias en enfermería de cuidados críticos, y se han desarrollado marcos de competencias en varios países y regiones.
8. La educación y el desarrollo continuo de las enfermeras en cuidados críticos son cruciales para mantener la seguridad clínica y la calidad de la atención en las UCI.
9. La revisión y actualización periódica de los marcos de competencias es esencial

para adaptarse a las necesidades cambiantes de la práctica clínica y la fuerza laboral de enfermería en el ámbito de los cuidados críticos.

10. Existe un interés global en la búsqueda de una educación en cuidados críticos coherente y completa, lo que subraya la importancia de establecer estándares internacionales en este campo.

6 Bibliografía

1. Kvande M., Lykkeslet E., Storli SL Las enfermeras y los médicos de la UCI dialogan sobre el estado clínico de los pacientes y las opciones de atención: un estudio de grupo focal. *Int J Qual Stud Salud Bienestar*. 2017; 12 (1) doi: 10.1080/17482631.2016.1267346. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Almarhabi M., Cornish J., Lee G. La eficacia de las intervenciones educativas sobre la competencia de las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de trauma: una revisión sistemática y un metanálisis. *Enfermeras de cuidados críticos intensivos*. 2021; 64 doi: 10.1016/j.iccn.2020.102931. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Santana-Padilla YG, Bernat-Adell MD, Santana-Cabrera L. Nurses' perception on competency requirement and training demand for intensive care nurses. *Int J Nurs Sci*. 2022 Jun 16;9(3):350-356. doi: 10.1016/j.ijnss.2022.06.015. PMID: 35891902; PMCID: PMC9305005.
4. Macedo A., Padilha KG, Püschel V. Prácticas profesionales de educación/formación de enfermeros en una unidad de cuidados intensivos. *Rev. Bras Enferm*. 2019; 72 (2): 321–328. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0793. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
5. Rosen MA, Díaz Granados D., Dietz AS, Benishek LE, Thompson D., Pronovost PJ, et al. Trabajo en equipo en la atención sanitaria: descubrimientos clave que permiten una atención más segura y de alta calidad. *Soy psicologa*. 2018; 73 (4): 433–450. doi: 10.1037/amp0000298. [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
6. Escher C, Nagy E, Creutzfeldt J, Dahl O, Ruiz M, Ericson M, Osika W, Meurling L. Fear of making a mistake: a prominent cause of stress for COVID-19 ICU staff-a mixed-methods study. *BMJ Open Qual*. 2023 Jan;12(1):e002009. doi: 10.1136/bmjopen-2022-002009. PMID: 36697055; PMCID: PMC9884924.
7. Bell L, Enfermeras, AAOC-C. Alcance y estándares de la AACN para la práctica de enfermería en cuidados intensivos y agudos . Asociación Estadounidense de Enfermeras de Cuidados Críticos, 2015. [Google Scholar]

8. Williams G, Fulbrook P, Kleinpell R, Alberto L. The Fifth International Survey of Critical Care Nursing Organizations: Implications for Policy. *J Nurs Scholarsh*. 2020 Nov;52(6):652-660. doi: 10.1111/jnu.12599. Epub 2020 Oct 22. PMID: 33089651; PMCID: PMC7756856.
9. Moynihan S, Paakkari L, Välimaa R, et al. Competencias docentes en educación para la salud: resultados de un estudio Delphi . *PLoS One*. 2015; 10 :e0143703 10.1371/journal.pone.0143703 [Artículo gratuito de PMC] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Lista de referencias]
10. Liu Y, Aunguroch Y. Revisión de la literatura actual sobre la competencia de las enfermeras registradas en la comunidad global . *J Nurs Scholarsh* 2018; 50 : 191–9. 10.1111/jnu.12361 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Lista de referencias]
11. Santana-Padilla YG, Bernat-Adell MD, Santana-Cabrera L. Nurses’ perception on competency requirement and training demand for intensive care nurses. *Int J Nurs Sci*. 2022 Jun 16;9(3):350-356. doi: 10.1016/j.ijnss.2022.06.015. PMID: 35891902; PMCID: PMC9305005.
12. Hong L, Hou C, Chen L, Huang X, Huang J, Liu W, Shen X. Developing a competency framework for extracorporeal membrane oxygenation nurses: A qualitative study. *Nurs Open*. 2023 Apr;10(4):2449-2463. doi: 10.1002/nop2.1502. Epub 2022 Dec 3. PMID: 36463394; PMCID: PMC10006586.
13. Rodríguez Sola D, Tortosa Tortosa P, González Bernal M. Práctica y cuidados enfermeros en la hemofiltración continua en UCI [Internet]. *Revista Ocronos*. Tomo III. N°8 [diciembre 2020]. Pág. 81. Disponible en: <https://revistamedica.com/cuidados-enfermeros-hemofiltracion-continua-uci/>
14. Chen FF, Liu Y., Wang XM, Dong H. Choque de transición, apoyo de preceptores y competencia de enfermería entre enfermeras registradas recién graduadas: un estudio transversal. *Educación de enfermeras hoy*. 2021; 102 doi: 10.1016/j.nedt.2021.104891. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Lista de referencias]
15. Gullick J., Lin F., Massey D., Wilson L., Greenwood M., Skylas K., et al. Estructuras, procesos y resultados de la formación de enfermeras especializadas en cuidados críticos: una revisión integradora. *Cuidados críticos de Australia*. 2019; 32 (4): 331–345. doi: 10.1016/j.aucc.2018.09.007. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Lista de referencias]
16. Deacon KS, Baldwin A, Donnelly KA, Freeman P, Himsworth AP, Kinoulty SM, Kynaston M, Platten J, Price AM, Rumsby N, Witton N. The National Competency Framework for Registered Nurses in Adult Critical Care: An overview. *J Intensive Care Soc*. 2017 May;18(2):149-156. doi: 10.1177/1751143717691985. Epub 2017 Feb 15.

PMID: 28979563; PMCID: PMC5606424.

17. Facultad de Medicina Intensiva (FICM) y Sociedad de Cuidados Intensivos (ICS). Lineamientos para la prestación de servicios de cuidados intensivos (GPICS) . Londres: FICM&ICS, 2015. [Lista de referencias]

Capítulo 105

CASO CLÍNICO: PACIENTE PEDIÁTRICO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA ASOCIADO A NEUMONÍA

VIRGINIA TAJUELO FLORES

ESTHER NAVARRO GÓMEZ

ANA TRUEBA GONZÁLEZ

FLORENTINA DIANA LAMBRU

ESPERANZA CARCHANO ALCARAZ

1 Introducción

La neumonía es una patología del aparato respiratorio que cursa con afectación pulmonar, concretamente con inflamación de los alveolos por infección del parénquima pulmonar (1). Su mortalidad en países desarrollados es baja aunque cursa con una elevada morbilidad, siendo la incidencia de 10 a 45 casos nuevos al año por cada 1.000 niños, de entre los cuales requieren cuidados hospitalarios entre el 14 y el 23% (2).

Entre los factores causantes se encuentran en primer lugar los virus como el Virus Respiratorio Sincitial, el Rhinovirus, el Metapneumovirus y el Coronavirus, entre otros. En segundo lugar se encuentran las bacterias tomando algunos ejemplos

como el *Streptococcus pneumoniae*, el *Haemophilus influenzae* b o el *Mycobacterium Tuberculosis*. Además, puede ser causada, aunque en menor medida, por hongos coinfección viral o coinfección viral-bacteriana (1).

En el diagnóstico clínico es fundamental una buena anamnesis pudiendo presentar tos, fiebre, taquipnea, dificultad respiratoria, sibilancias, dolor torácico o abdominal, vómitos, cefalea, etc. Las manifestaciones clínicas pueden ser diversas en función del agente causal, la edad y la presencia de inmunosupresión.

Podemos diferenciar entre neumonía bacteriana típica (en pacientes pediátricos más mayores), atípicas (en niños mayores de tres años) y viral (en niños menores de tres años) (1).

Para valorar la severidad del cuadro clínico se debe observar el estado de alerta y nivel de conciencia del paciente, la presencia de compromiso respiratorio y una saturación de O₂ inferior al 92-93%. Como prueba diagnóstica se realiza una radiografía de tórax, aunque existe controversia en pacientes pediátricos por lo que suele quedar relegada a dudas en el diagnóstico, hospitalización o cuadro grave.

Con respecto al tratamiento, en cuadros leves y niños pequeños con la correcta pauta de vacunación basta con medidas de soporte. En casos más graves se iniciará tratamiento con antibióticos de primera línea siendo el de elección la Amoxicilina oral, añadiéndose un macrólido en casos de carecer de una respuesta adecuada (1, 2).

2 Objetivos

Exponer el caso de un paciente pediátrico que acude al servicio de urgencias por dificultad respiratoria y fiebre de varios días de evolución asociado a posible neumonía.

3 Caso clínico

Niño de 5 años que acude al servicio de urgencias por dificultad respiratoria y fiebre de varios días de evolución.

Antecedentes:

- Datos clínicos: 28 kg de peso.
- Vacunación correcta.
- No referencia de otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Paciente de 5 años remitido a urgencias desde su centro de salud por cuadro febril de hasta 39.8°C de 3 días de evolución. Tos con mucosidad y dificultad respiratoria

con cefalea desde hace dos días. No refiere vómitos ni deposiciones anormales. Administración de Apiretal en el domicilio hace 2 horas.

Exploración física:

- Frecuencia Cardíaca: 120 p.p.m., Saturación de Oxígeno: 89%, Temperatura: 38.2 °C.
- Paciente intranquilo, irritable, orientado en el espacio, tiempo y persona. Con un lenguaje comprensible y un valor en la escala de Glasgow: 15/15.
- TEP estable. BEG. Activo y reactivo.
- Coloración de piel y mucosas: normal. Normohidratado y normoperfundido. Mucosas y conjuntivas húmedas. Relleno capilar inferior a 2 segundos.
- Faringe: sin hallazgos.
- No rigidez de nuca ni signos meníngeos.
- Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni ruidos sobreañadidos.
- Crepitantes y ligero tiraje costal con retracciones subxifoideas.
- Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Matidez conservada.
- No exantema ni petequias.
- Tono y fuerza conservados. No presenta edema. Pulsos distales presentes.

En las pruebas radiológicas se objetiva ligera opacidad en hemitórax derecho, con infiltrado alveolar bilateral.

Diagnóstico final: Neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

Tratamiento:

Se procede a su ingreso en la planta de pediatría del hospital para seguimiento. Se prescribe oxígeno con cánula nasal con FiO2 al 23% y 1Lpm y suero pediátrico de mantenimiento. Tratamiento antibiótico con Amoxicilina oral a 80-90 mg/kg/día cada 8 horas durante 7 días y Claritromicina oral 15 mg/kg/día cada 12 horas durante 7 días. Si fiebre, Paracetamol 15mg/kg cada 6 horas.

4 Discusión-Conclusión

Los casos de dificultad respiratoria en el servicio de urgencias pediátricas son de los más frecuentes y como profesionales sanitarios debemos estar familiarizados con su clínica para poder actuar correctamente.

A pesar del desafío que supone la atención en urgencias de los pacientes pediátricos, es fundamental un triaje adecuado siendo conocedores de los protocolos a seguir y los tratamientos en función de la variabilidad del cuadro clínico. Por ello, se debe contar con personal específicamente formado y siendo de gran ayuda el triángulo de evaluación pediátrica.

Así mismo, un correcto desarrollo de las intervenciones de enfermería en la planta de hospitalización contribuyen a una pronta y adecuada recuperación del paciente pediátrico.

5 Bibliografía

1. Casares HA. Dificultad respiratoria en pediatría en el servicio de urgencias. NPunto [Internet]. 2023 [citado el 14 de octubre de 2023];6(58):79–109. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8949952>.
2. Úbeda Sansano MI, Murcia García J, Asensi Monzó MT. Neumonía adquirida en la comunidad. Protocolos del GVR- Neumonía Adquirida en la Comunidad (P-GVR-8).2017.

Capítulo 106

VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE QUEMADO POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA

SARA MARTÍNEZ RUIZ

LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ

CARMEN MARÍA SEVILLA PÉREZ

ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ

1 Introducción

Un paciente quemado se refiere a una persona que ha sufrido una lesión en la piel y los tejidos subyacentes debido a la exposición a una fuente de calor, químicos, electricidad o radiación. Las quemaduras pueden variar en gravedad, desde lesiones menores que afectan solo la capa superficial de la piel, hasta quemaduras graves que comprometen músculos, huesos y otros tejidos.

El tratamiento de un paciente quemado depende de la extensión y profundidad de la quemadura. Las quemaduras se clasifican en:

- Quemaduras de primer grado: afectan solo la epidermis y suelen ser dolorosas, pero superficiales.
- Quemaduras de segundo grado: pueden ser superficiales o profundas y afectan tanto la epidermis como la dermis, pudiendo causar ampollas y enrojecimiento.

- Quemaduras de tercer grado: dañan todas las capas de la piel.
- Quemaduras de cuarto grado: afectan los tejidos más profundos, como músculos y huesos.

El tratamiento de un paciente quemado puede incluir limpieza y desbridamiento de la herida, administración de medicamentos para el dolor, prevención de infecciones, y en casos graves, cirugía para eliminar tejido dañado y realizar injertos de piel. Además, es fundamental el apoyo emocional y psicológico, ya que las quemaduras pueden tener un impacto profundo en la salud mental del paciente.

La atención al paciente quemado es altamente especializada y requiere un equipo médico interdisciplinario, que incluye cirujanos, enfermeros, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, psicólogos y otros profesionales de la salud. El objetivo principal es la curación de las heridas, la prevención de complicaciones y la rehabilitación del paciente para que pueda recuperar la mayor funcionalidad posible.

2 Objetivos

Describir las funciones de enfermería en la valoración y tratamiento del paciente con quemaduras en un centro hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

La valoración y el tratamiento de un paciente quemado son críticos y requieren la atención especializada de enfermeros en colaboración con un equipo médico multidisciplinario. Aquí se destacan los pasos clave en la valoración y el tratamiento del paciente quemado:

Valoración:

- Evaluación inicial: el enfermero debe realizar una evaluación rápida, pero completa, del paciente quemado para determinar la gravedad de la lesión y la estabilidad del paciente. Esto incluye la evaluación de las vías respiratorias, la respiración y la circulación.
- Clasificación de la quemadura: determinar la profundidad y la extensión de la quemadura, utilizando la clasificación de primer, segundo, tercer y cuarto grado. Esto guiará las decisiones de tratamiento.
- Evaluación de las heridas: inspeccionar y documentar las heridas quemadas, identificando áreas con ampollas, tejido desvitalizado o áreas comprometidas. Esto es fundamental para planificar el desbridamiento y el tratamiento de heridas.
- Evaluación de la función de órganos: controlar la función cardiopulmonar y neurológica del paciente, ya que las quemaduras graves pueden afectar estas funciones.

Tratamiento:

- Manejo del dolor: administrar analgésicos según sea necesario, puesto que las quemaduras son dolorosas. Esto ayuda a aliviar el sufrimiento del paciente.
- Desbridamiento y cura de heridas: las áreas con tejido desvitalizado deben ser eliminadas para promover la curación. Los enfermeros asisten en el desbridamiento y realizan curas asépticas de heridas.
- Prevención de infecciones: mantener una técnica estéril durante los procedimientos y administrar antibióticos profilácticos cuando sea necesario.
- Apoyo nutricional: los pacientes quemados a menudo requieren una alta ingesta de calorías y proteínas para promover la curación. Los enfermeros ayudan en la monitorización y administración de nutrición parenteral o enteral.
- Cuidado de la piel y apósitos: los enfermeros deben aplicar apósitos especiales y cremas para prevenir la infección y mantener la piel hidratada.
- Rehabilitación y cuidado emocional: los pacientes quemados pueden necesitar terapia física y psicológica para recuperarse, tanto física como emocionalmente. Los enfermeros desempeñan un papel importante en el apoyo y la educación del paciente y su familia.

La atención de enfermería es esencial en el tratamiento de pacientes quemados, ya que implican cuidados intensivos y la necesidad de una valoración y seguimiento constante. Los enfermeros desempeñan un papel clave en la provisión de cuidados integrales y en el apoyo, tanto físico como emocional, a los pacientes a lo largo de su proceso de recuperación

5 Discusión-Conclusión

Para una mejor valoración y tratamiento del paciente quemado, es fundamental seguir estas recomendaciones. En primer lugar, la valoración inicial debe ser rápida, pero completa, centrándose en las vías respiratorias, la circulación y la profundidad y extensión de la quemadura. Clasificar la quemadura con precisión guiará las decisiones terapéuticas. Una inspección detallada de las heridas y la identificación de áreas comprometidas son cruciales. Además, se debe evaluar la función de órganos, especialmente en quemaduras graves, para garantizar una atención integral.

El tratamiento incluye la administración de analgésicos para controlar el dolor, desbridamiento y cuidado de heridas, prevención de infecciones y apoyo nutricional. La rehabilitación física y emocional también es esencial.

Finalmente, la comunicación y el apoyo continuo al paciente y su familia son cruciales para una atención integral y efectiva. La colaboración entre enfermeros y el equipo multidisciplinario es esencial en el manejo exitoso de las quemaduras.

6 Bibliografía

1. Melgar-Bieberach, R. E. (2022). Propuesta metodológica para la elaboración y validación de una escala de evaluación del dolor en el paciente quemado en estado crítico. *Cirugía y cirujanos*, 90(3), 365-371.
2. Salmerón-González, E., García-Vilariño, E., Sánchez-García, A., Pérez-García, A., & Pérez del Caz, M. (2020). Evolución histórica del tratamiento del paciente quemado. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 46, 9-16.

Capítulo 107

FUNCIONES DEL ENFERMERO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

SARA MARTÍNEZ RUIZ

LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ

CARMEN MARÍA SEVILLA PÉREZ

ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ

1 Introducción

El tratamiento del cáncer de mama es altamente personalizado y depende de varios factores, como el tipo y estadio del cáncer, la salud general de la paciente y sus preferencias. Sin embargo, los enfoques comunes incluyen cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia dirigida y terapia hormonal.

La cirugía es a menudo el primer paso y puede implicar una mastectomía (remoción de la mama) o una lumpectomía (eliminación del tumor y parte del tejido circundante). La elección depende del tamaño del tumor y otros factores.

La radioterapia utiliza rayos X de alta energía para destruir células cancerosas o reducir su crecimiento. Es común después de la cirugía para eliminar células cancerosas restantes.

La quimioterapia implica el uso de medicamentos para matar células cancerosas en todo el cuerpo. Se administra por vía oral o intravenosa.

La terapia dirigida se enfoca en moléculas específicas involucradas en el crecimiento del cáncer. Puede ser útil en casos de cáncer de mama HER2-positivo.

La terapia hormonal es relevante para cánceres de mama hormonales positivos y se dirige a las hormonas que alimentan el crecimiento del tumor.

La inmunoterapia es una opción emergente que activa el sistema inmunológico para combatir las células cancerosas.

Es esencial trabajar en estrecha colaboración con un equipo médico especializado para determinar el tratamiento más adecuado. Muchas pacientes reciben una combinación de estos enfoques para abordar eficazmente el cáncer de mama. El apoyo emocional y el seguimiento médico son fundamentales en todo el proceso para garantizar la mejor atención y calidad de vida posible.

2 Objetivos

Exponer las funciones del profesional de enfermería en el tratamiento del cáncer de mama y sus avances en el futuro

3 Metodología

En esta investigación se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos, contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, como PubMed, Medline y Scielo. En una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El enfermero juega un papel fundamental en el tratamiento del cáncer de mama al brindar atención integral y apoyo a las pacientes a lo largo de su viaje de tratamiento.

A continuación se describen algunas de las funciones clave de un enfermero en este contexto:

- Educación: Los enfermeros educan a las pacientes sobre el cáncer de mama, su etapa, opciones de tratamiento y posibles efectos secundarios. Esto ayuda a las

pacientes a tomar decisiones informadas y a comprender qué pueden esperar durante el tratamiento.

- Apoyo emocional: El diagnóstico de cáncer de mama puede ser abrumador. Los enfermeros ofrecen apoyo emocional a las pacientes y sus familias, ayudándoles a enfrentar el estrés y la ansiedad que conlleva el tratamiento.
- Administración de tratamientos: Los enfermeros pueden administrar quimioterapia, inmunoterapia y otras terapias a las pacientes, asegurándose de que se cumplan las pautas de seguridad y de que se controlen los efectos secundarios.
- Manejo de efectos secundarios: Los tratamientos contra el cáncer de mama a menudo causan efectos secundarios, como náuseas, fatiga y pérdida de cabello. Los enfermeros ayudan a las pacientes a lidiar con estos efectos secundarios, proporcionando tratamientos y recomendaciones para aliviar el malestar.
- Cuidado de heridas: Después de la cirugía para extirpar el cáncer de mama, los enfermeros cuidan de las incisiones quirúrgicas y monitorizan la recuperación de la paciente.
- Terapia de soporte: Los enfermeros pueden administrar terapia intravenosa para mantener hidratadas a las pacientes o proporcionar medicamentos para aliviar el dolor.
- Monitoreo y seguimiento: Los enfermeros hacen un seguimiento de la respuesta de las pacientes al tratamiento y aseguran que se realicen las pruebas de seguimiento necesarias, como mamografías o resonancias magnéticas.
- Promoción del autocuidado: Los enfermeros enseñan a las pacientes a cuidarse durante y después del tratamiento, fomentando hábitos de vida saludables y la detección temprana de síntomas o signos de recurrencia.
- Coordinación del cuidado: Trabajan en estrecha colaboración con el equipo médico, incluyendo oncólogos y cirujanos, para asegurarse de que las pacientes reciban un tratamiento coherente y coordinado.
- Recursos y apoyo comunitario: Los enfermeros conectan a las pacientes con recursos y servicios de apoyo en la comunidad, como grupos de apoyo, consejeros y servicios de salud mental.

Los enfermeros desempeñan un papel vital en el cuidado de las pacientes con cáncer de mama, proporcionando no solo atención médica de alta calidad, sino también apoyo emocional y educación para mejorar la calidad de vida de las pacientes a lo largo de su tratamiento y recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Los avances futuros en el cuidado de enfermería para pacientes con cáncer de mama prometen una atención más centrada en el paciente y basada en la evidencia. La personalización de la atención será esencial, con enfoques de atención que consideran factores genéticos, de estilo de vida y psicosociales para diseñar planes de tratamiento individualizados. Las enfermeras desempeñarán un papel fundamental en la educación de los pacientes sobre las opciones de tratamiento, el manejo de efectos secundarios y la toma de decisiones informadas.

La tecnología y la telemedicina permitirán un seguimiento más estrecho de los pacientes y la prestación de atención en entornos más accesibles. Además, se espera una mayor integración de los avances en la investigación oncológica en la práctica clínica, lo que incluye terapias dirigidas y terapias inmunológicas. Las enfermeras estarán a la vanguardia de la administración de estos tratamientos y la gestión de efectos secundarios específicos. En última instancia, la atención en el cáncer de mama se centrará en mejorar la calidad de vida de los pacientes, brindándoles apoyo emocional y recursos para la recuperación y la adaptación a una vida post-tratamiento. La investigación continua y la colaboración interdisciplinaria serán clave en la evolución de la enfermería oncológica.

6 Bibliografía

1. Palmero Picazo, J., Lassard Rosenthal, J., Juárez Aguilar, L. A., & Medina Núñez, C. A. (2021). Cáncer de mama: una visión general. *Acta médica Grupo Ángeles*, 19(3), 354-360.

Capítulo 108

ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LA ENFERMEDAD MENTAL SEVERA

SARA MARTÍNEZ RUIZ

LAURA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

VANESSA DE NOVA FERNÁNDEZ

CARMEN MARÍA SEVILLA PÉREZ

ROCÍO GARCÍA-PARDO SÁNCHEZ

1 Introducción

La enfermedad mental severa se refiere a trastornos psiquiátricos graves que afectan profundamente el pensamiento, las emociones, el comportamiento y la calidad de vida de una persona. Ejemplos de enfermedades mentales severas incluyen la esquizofrenia, el trastorno bipolar grave, el trastorno límite de la personalidad y la depresión mayor resistente al tratamiento.

Las personas que padecen enfermedades mentales severas a menudo experimentan síntomas debilitantes, como alucinaciones, delirios, cambios de humor extremos, pensamientos suicidas o disfunción grave en la vida cotidiana. Estos trastornos suelen requerir tratamiento a largo plazo y un enfoque multidisciplinario que incluye medicación, terapia, apoyo social y psicoeducación.

La enfermedad mental severa puede tener un impacto significativo en la vida de la persona afectada, así como en sus seres queridos. La atención y el apoyo adecuados son cruciales para ayudar a las personas a llevar una vida funcional y significativa. Esto implica la reducción del estigma, el acceso a servicios de salud mental de calidad, la educación pública y el fomento de la comprensión y empatía hacia las personas con enfermedades mentales severas. El tratamiento y el apoyo deben ser individualizados, centrados en la recuperación y abordar no solo los síntomas, sino también las necesidades emocionales y sociales del paciente. La prevención de recaídas y la promoción de la calidad de vida son objetivos clave en el manejo de la enfermedad mental severa.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del enfermero en la atención y cuidados a personas que padecen enfermedad mental severa.

3 Metodología

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

4 Resultados

La enfermería desempeña un papel esencial en la atención y cuidados de la enfermedad mental severa. Los enfermeros que trabajan en salud mental brindan un apoyo integral a los pacientes que padecen trastornos graves, como esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad. A continuación, se describen las principales funciones y enfoques de enfermería en este contexto:

Evaluación integral: La enfermería comienza con una evaluación exhaustiva de la salud mental del paciente, lo que implica la identificación de síntomas, la historia clínica, la valoración del riesgo y la evaluación del estado emocional y cognitivo.

Planificación de cuidados: Los enfermeros trabajan en colaboración con el equipo médico y de salud mental para desarrollar planes de cuidados individualizados.

Estos planes incluyen metas y estrategias específicas para el manejo de los síntomas y la mejora de la calidad de vida.

Administración de medicamentos: En muchos casos, los enfermeros son responsables de la administración de medicamentos psicotrópicos. Esto requiere un control riguroso de dosis, efectos secundarios y seguimiento de la respuesta del paciente.

Terapia y apoyo emocional: Los enfermeros proporcionan terapia individual y grupal, lo que puede incluir la terapia cognitivo-conductual, terapia ocupacional y técnicas de relajación. También ofrecen apoyo emocional y escucha activa para ayudar a los pacientes a lidiar con el estrés y las emociones.

Educación del paciente y la familia: La enfermería se dedica a educar al paciente y a su familia sobre la enfermedad mental, sus síntomas y tratamientos. Esto promueve la comprensión y la colaboración en el cuidado.

Prevención de crisis: Los enfermeros trabajan para identificar factores desencadenantes de crisis y desarrollar estrategias para prevenirlas. Esto puede incluir la enseñanza de habilidades de afrontamiento y la implementación de planes de seguridad.

Monitoreo continuo: La monitorización constante de los síntomas, efectos secundarios de los medicamentos y el estado general del paciente es esencial. Los enfermeros intervienen cuando surgen problemas y ajustan los planes de cuidados según sea necesario.

Promoción de la rehabilitación: La enfermería se enfoca en la rehabilitación psicosocial, ayudando a los pacientes a adquirir habilidades para la vida diaria, la participación en la comunidad y la búsqueda de empleo o educación.

5 Discusión-Conclusión

La enfermería desempeña un papel fundamental en la atención de la enfermedad mental severa, proporcionando una atención integral que aborda las necesidades médicas, emocionales y sociales de los pacientes. El apoyo y la comprensión son esenciales para ayudar a estas personas a vivir vidas significativas y funcionales a pesar de sus desafíos de salud mental.

La atención de la enfermedad mental severa requiere paciencia, comprensión y un enfoque centrado en el paciente. Al seguir estas recomendaciones, los enfer-

meros pueden desempeñar un papel crucial en el camino hacia la recuperación y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Díaz-Rodríguez, M., Alcántara Rubio, L., Aguilar García, D., Puertas Cristóbal, E., & Cano Valera, M. (2020). Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enfermería Global*, 19(58), 640-672.

Capítulo 109

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN URGENCIAS

BLANCA SANZ CAMACHO

CECILIA NUÑEZ GARRIDO

INES REDONDO ALVAREZ

IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO

SILVIA LORENZO MARTIN

1 Introducción

Podemos definir hemorragia digestiva alta como ese sangrado que procede del tubo digestivo que se origina proximal al ligamento de Treitz. Esta es una patología frecuente en los servicios de urgencia a pesar de los avances científicos y técnicos produciendo así una elevada morbi-mortalidad. Por lo tanto, debería haber un protocolo de actuación en urgencias cuando creemos que hay una sospecha de hemorragia digestiva para tener un abordaje multidisciplinario y trabajo de mayor calidad. Esta urgencia es una de las causas frecuentes de hospitalización y es la endoscopia la prueba que nos permite conocer su etiología, posible tratamiento y conocer el riesgo de resangrado del paciente.

Por otro lado, las manifestaciones clínicas de la hemorragia digestiva alta con la hematemesis y melena. Para su prestación requieren una extravasación de al

menos 60-100 ml de sangre y se puede mantener hasta cinco días después del cese de sangrado.

La hemorragia digestiva se puede clasificar en leve, moderada y grave y por otro lado en varicosa y no varicosa, según los síntomas y las funciones vitales del paciente.

La anamnesis inicial debe considerar los síntomas y el cuadro clínico general, evaluación de toda la persona afectada, teniendo en cuenta el grado de hemorragia, los antecedentes que pueden indicar enfermedad hepática e incluyendo enfermedades cardiovasculares, medicamentos antiinflamatorios esteroides o medicamentos antiplaquetarios o anticoagulantes.

El tratamiento en la urgencia de la hemorragia no depende de la lesión que la provocó, si no el control de la hipovolemia. Pero al final, incluye también soporte nutricional, tratamiento farmacológico eficaz y tratamiento endoscópico.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es determinar los cuidados de enfermería en pacientes que sufren hemorragia digestiva alta y acuden a urgencias.

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica. En octubre de 2023 se realizó una búsqueda de toda la literatura relacionada con la hemorragia digestiva alta en urgencias, desde 1 hasta 10 de octubre de 2023, en cualquier idioma. Como fuente terciaria usamos la TRIP database, pero además buscamos en PubMed, IME, CUIDEN, Academia Americana de Pediatría, CINAHL y Cochrane; se buscó mirando el título y el resumen.

Las palabras claves para llevar a cabo la búsqueda son las siguientes: “hemorragia digestiva alta”, “intervenciones de enfermería” y “urgencias”.

Los criterios de inclusión consistían en artículos que, de 2018 hacia adelante, que estuviera relacionado con las intervenciones de enfermería en la hemorragia digestiva alta. No obstante, entre los criterios de exclusión se encuentran: publicaciones duplicadas, redundantes, que no cumplan con los requisitos de elegibilidad, que no sean originales.

4 Resultados

Para llevar a cabo una buena actuación por parte de enfermería, lo primero es adquirir buenos conocimientos sobre hemorragia digestiva alta y para ello es una buena educación y compromiso real que se transforma en una atención de calidad. Está diseñado para desarrollar habilidades cognitivas para la resolución de problemas, la toma de decisiones y la comunicación en entornos complejos y cambiantes.

Con respecto al proceso de atención del personal de enfermería a pacientes con hemorragia digestiva alta nos basamos en la asistencia en conocimientos y métodos específicos a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Su enfoque es la atención PAE de base individual a través de la cual se diagnostican, planifican, realizan y evalúan acciones, teniendo en cuenta la integridad, seguridad y continuidad que requiere el receptor de la atención en diferentes momentos y bajo diferentes circunstancias.

Los cuidados de enfermería en urgencias consisten en:

Monitorear signos vitales, presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación.

Administrar oxígeno durante 2 horas o PRN hasta que esté hemodinámicamente estable.

Mantener al paciente en reposo absoluto hasta su estabilización hemodinámica.

Apreciar la escala visual analógica (EVA).

Proporcionar analgésicos recetados.

Observar al paciente para detectar nuevos sangrados.

Si el paciente presenta funciones vitales alteradas, nuevo sangrado u descompensación hemodinámica (sudoración, apnea, estado alterado de conciencia) debemos avisar al médico para una nueva valoración.

Una vez que el paciente se encuentre sin ausencia de hemorragia digestiva debemos prolongar la hidratación parenteral según ordenes médicas, continuar con su tratamiento pautado, restablecer dieta líquida durante 24 horas, blanda durante 24 horas y finalizar con normal al tercer día. Además, debemos ofrecer ayuda para los cuidados hasta que pueda el por sí mismo y recomendar movilización temprana.

5 Discusión-Conclusión

Como sabemos la hemorragia digestiva alta es una causa muy común de asistencia a urgencias por lo que debemos tener buenos conocimientos sobre ella para tener claro cómo actuar en cada momento y poder brindar al paciente un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro.

El cumplimiento de la Proceso de Atención de Enfermería por parte de las enfermeras en pacientes con hemorragia digestiva alta se basa en desequilibrio hemodinámico, shock hipovolémico, hipovolemia, ansiedad, dolor abdominal, perfusión tisular por vasoconstricción y hematemesis. Las intervenciones incluyen: control de signos vitales, administración de medicamentos, control del equilibrio hídrico, sangre capilar, glucosa, dieta adecuada, control de perfusión, control nutricional, medicamentos para catéter periférico, vía central, transfusión de sangre, elevación de la cabeza de 30 a 45°, posición lateral, apoyo emocional, equilibrio de líquidos, infusión y exámenes complementarios.

6 Bibliografía

1. “Manejo inmediato de hemorragia digestiva alta en el servicio de emergencia del Hospital II Cañete - ESSALUD. 2015 – 2017”. 2018. Sacsa Ormefio, Ana Cecilia: <http://hdl.handle.net/20.500.12952/3684>.
2. “Intervención de enfermería en casos de hemorragia digestiva alta activa en urgencias essalud 2021.” 2022. Gargurevich Sanchez, Nara Talena. <http://hdl.handle.net/20.500.12952/6484>.
3. “Cuidados de enfermería en pacientes con hemorragia digestiva alta. Carrillo Carreño, Jaime Fernando; Vera Olea, Yuli Patricia. 2021 <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/58302>.

Capítulo 110

ENFERMEDADES Y CAUSAS DE LA LIPOIDOSIS Y LAS LIPODISTROFIAS PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

MALENA FERNÁNDEZ ARROYO

MARTA PEÑUELAS VALDERAS

ALFONSO ORTEGA CORUÑA

NATALIA GIL RUIZ

NATALIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Podemos definir la lipoidosis como el acúmulo que se produce de una manera anormal de lípidos en el organismo, esto se debe a fallos del propio metabolismo de causa genética.

La acumulación de este tipo de lípidos complejos se produce en todas las células de nuestro organismo, aunque mayoritariamente se produce en las células endoteliales, que son aquellas células que recubren el interior de los vasos sanguíneos.

Como consecuencia, estas células adquieren un tamaño mayor, tomando un aspecto espumoso.

Este exceso de acumulación de lípidos se produce más concretamente en los lisosomas, ya que dentro de este orgánulo se encuentran las enzimas que se encargan de la degradación de estos compuestos.

La lipodistrofia es una enfermedad de tipo congénita que es adquirida, se caracteriza principalmente por la pérdida que sufre el individuo del tejido adiposo, además en diversas ocasiones también sufren pérdidas del tejido que recubre las vísceras, puede ser de forma parcial o completa.

Los pacientes que sufren esta enfermedad sufren un descenso de los contenidos de leptina, es una hormona que es producida por el tejido adiposo

Los principales síntomas que podemos destacar son los siguientes:

A nivel físico se produce una considerable pérdida del tejido adiposo o, por lo contrario, un exceso de acumulación del mismo en otras. A la pérdida de tejido recibe el nombre de lipoatrofia, se suele manifestar en la cara y extremidades. El aumento de tejido adiposo recibe el nombre de lipohipertrofia, en las zonas donde se manifiesta con más frecuencia son: cuello, nuca y vientre.

2 Objetivos

Conocer e identificar de qué se trata la lipoidosis y las lipodistrofias y cuáles son las enfermedades más comunes que se producen, así como los principales síntomas que pueden desarrollarse.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una revisión sistemática consistente en una búsqueda bibliográfica, utilizando las bases de datos más importantes: Pubmed, Scielo, Medline y Google Scholar. Se han seleccionado los artículos científicos con contenido relacionado con el tema de estudio.

4 Resultados

Las enfermedades que más podemos destacar causada por una lipoidosis son:

- Enfermedad de Niemann-Pick: este tipo de enfermedad es autosómica recesiva. Se caracteriza principalmente por un excesivo acumuló de esfingomielina, y afecta principalmente a bazo e hígado.

- Enfermedad de Gaucher: en este caso también se clasifica como enfermedad autosómica, se caracteriza principalmente por el exceso de acumulación de unos lípidos en concreto, esto se produce por la carencia de la enzima que los degrada. Entre las principales alteraciones que se pueden manifestar encontramos la esplenomegalia y la hepatomegalia.

- Enfermedad de Tay-Sachs: esta enfermedad también es de tipo autosómica recesiva, principalmente se caracteriza por un exceso de acumulación de gangliósidos, esto se debe a que no se produce la enzima que se encarga de su degradación.

Las consecuencias se manifiestan directamente en el sistema nervioso central, los principales síntomas que sufren son temblores en las extremidades superiores, debilidad muscular o dificultades a la hora de hablar.

Para las lipodistrofias, las posibles causas de estas patologías son:

- Nivel genético: puede deberse a causas hereditarias. Se manifiesta en edades muy tempranas y es más prevalente en mujeres que en hombres. Afecta de manera generalizada, es decir, a todos los tejidos corporales, en el caso de los adolescentes causa un envejecimiento prematuro.

- Enfermedades adquiridas virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA): según los últimos estudios de investigación llevados a cabo en los últimos años, se cree que es la principal causa de la aparición de la lipodistrofia, aunque si bien no es debido por la propia enfermedad en sí, sino por los efectos secundarios de los distintos medicamentos que se administran para su tratamiento, estos medicamentos reciben el nombre de retrovirales.

No todos los pacientes que están expuestos a estos tratamientos presentan estos síntomas, únicamente se registra el 30% y con afectaciones mayoritariamente en la cara.

5 Discusión-Conclusión

Después de realizar el presente trabajo de investigación, podemos decir que la lipoidosis es el acúmulo que se forma de manera anormal de lípidos complejos en nuestro organismo, principalmente se debe a fallos genéticos en el metabolismo. Las enfermedades que se encuentran directamente relacionadas con esta afectación son: Niemann-Pick, Gaucher, Tay-Sachs.

La lipodistrofia es una enfermedad adquirida y congénita. Las causas pueden ser genéticas, pacientes expuestos a tratamientos para el VIH o pacientes con inyecciones de insulina prolongado en el tiempo.

Los síntomas que presentan estos pacientes se manifiestan principalmente en los cambios físicos y metabólicos.

En la investigación se han adquirido nuevos conocimientos respecto a las enfermedades lipoidosis y lipodistrofias, así como sus principales síntomas y causas de cada una de ellas.

6 Bibliografía

1. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo>.
2. <https://revistamedica.com/lipedema-causas-tratamiento/>.
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21-articulo-lipodistrofia-relacionada-con-elvihcode>.
4. <https://www.revistanefrologia.com/es-lipodistrofia-parcial-adquirida-sindrome-barraquer-simons--articulo>.

Capítulo 111

EFICACIA Y BARRERAS PERCIBIDAS DE LA VÍA INTRAÓSEA PARA EL ACCESO VASCULAR EN SITUACIONES DE EMERGENCIA: UNA REVISIÓN BASADA EN EVIDENCIA PARA ENFERMERÍA

CELIA ORTEGA ORTIZ

1 Introducción

La vía intraósea (IO) es una técnica que permite el rápido acceso al sistema circulatorio en emergencias sanitarias cuando la obtención de un acceso venoso periférico es difícil o imposible (1). Es una alternativa valiosa especialmente en situaciones críticas pediátricas, aunque también se utiliza en adultos, como en casos de paro cardiorrespiratorio, shock séptico, trauma severo, deshidratación severa, etc. (2). Woodward et al (3) señalaron en su estudio la relevancia de esta vía en el rápido restablecimiento de la circulación en un contexto de emergencia, destacando además su seguridad, eficacia y facilidad de inserción.

En cuanto a su utilización por parte del personal de enfermería, se ha resaltado la trascendencia de una formación adecuada en esta técnica para evitar posibles complicaciones y aumentar las tasas de éxito (4). Algunos estudios demuestran que la enfermería es capaz de aprender a realizar esta técnica con éxito y consid-

eran que debería incluirse como contenido importante en la formación en emergencias (5, 6).

Sin embargo, se han identificado varias dificultades y limitaciones para su implementación. Se ha reportado un bajo nivel de conocimiento y familiaridad con la técnica por parte del personal de enfermería (7), potencialmente relacionado con la baja frecuencia de su utilización en el contexto clínico, incertidumbre respecto a la selección de los puntos de inserción y la falta de un protocolo estandarizado (8).

El desconocimiento también se puede ver reflejado en la percepción de barreras para su aplicación, como una supuesta elevada tasa de complicaciones, daño al paciente durante la inserción, o una equivocada creencia de que es un procedimiento solo para uso pediátrico (9). Es por este motivo que el estudio exhaustivo del uso y conocimiento de la vía intraósea en la práctica de la enfermería es de suma importancia, y podría llevar a la implementación de estrategias formativas eficaces para aumentar su uso en los contextos de emergencia.

Este capítulo se centra en la eficacia de la vía intraósea como una opción alternativa para el acceso vascular en situaciones de emergencia, así como en el nivel de conocimiento y competencia del personal de enfermería en su aplicación, y las limitaciones y barreras para su implementación.

La revisión de la literatura incluye trabajos basados en evidencia, como estudios de casos y controles, revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios observacionales y otros relevantes para el tema. La meta es ofrecer una visión basada en evidencia de la utilidad y eficacia de la vía intraósea en la práctica de emergencias, además de proporcionar recomendaciones para la práctica clínica de enfermería y la formación profesional.

2 Objetivos

En respuesta a las preocupaciones y desafíos planteados anteriormente, este capítulo propone alcanzar varios objetivos centrados en aumentar la comprensión y el conocimiento sobre el papel de la vía intraósea (IO) en la atención de emergencias y su manejo por parte de la enfermería.

En primer lugar, pretende revisar la eficacia y la seguridad de la vía intraósea en contextos de emergencia sanitarias, en función de lo cual se plantea revisar la literatura existente con respecto a su uso y eficacia en diversas situaciones

clínicas, tanto con pacientes pediátricos como adultos.

El segundo objetivo consiste en investigar la competencia y el conocimiento actuales del personal de enfermería con respecto al uso de la vía intraósea. Este objetivo se basa en la preocupación de que tales competencias y conocimientos puedan variar considerablemente. También pretende arrojar luz sobre la prevalencia de su uso en contextos de emergencia por parte del personal de enfermería.

El tercer objetivo es identificar las barreras para la implementación de la vía intraósea, lo que puede incluir tanto limitaciones técnicas, como dificultades para la localización de los puntos de inserción, y barreras perceptuales, tales como la percepción errónea de un alto riesgo de complicaciones o que se trata de un procedimiento solamente pediátrico.

Finalmente, se busca hacer una serie de recomendaciones basadas en la evidencia para abordar estas limitaciones y mejorar el manejo y la competencia del personal de enfermería en el uso de la vía intraósea. Así, el objetivo es proponer estrategias educativas de capacitación para la adquisición de habilidades y competencias en la aplicación de esta técnica.

En última instancia, el objetivo general de este capítulo es avanzar en la atención de emergencias, ofreciendo una visión actualizada y basada en la evidencia de la vía intraósea y proponer medidas para mejorar su aplicación, todo esto con el foco puesto en mejorar resultados en la atención al paciente.

3 Metodología

El objetivo de la revisión fue recopilar y analizar la literatura científica para evaluar la eficacia de la vía intraósea, determinar el nivel de conocimiento y competencia en su uso por parte de la enfermería, e identificar las limitaciones para su aplicación.

Primero, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de la literatura en las bases de datos Pubmed, EMBASE, Cochrane Library y CINAHL, utilizando términos relacionados con la vía intraósea, la eficacia y la enfermería.

Se incluyó literatura publicada en inglés y otros idiomas, y la búsqueda se limitó a la literatura publicada en los últimos 15 años para garantizar la relevancia de los resultados encontrados.

Para ser considerados para su inclusión, los estudios debían mostrar el uso de la vía intraósea en emergencias sanitarias, y los informes de los mismos deberían proporcionar información cuantitativa o cualitativa sobre la eficacia, el conocimiento, las habilidades o las barreras que enfrenta el personal de enfermería con respecto a su uso.

No se pusieron restricciones en los diseños de los estudios, y se incluirían tanto estudios controlados aleatorios, estudios de cohortes, estudios de casos y controles, y estudios transversales, así como investigaciones secundarias (revisiones sistemáticas y metaanálisis).

4 Resultados

La investigación exhaustiva en bases de datos relevantes generó inicialmente un total de 1245 estudios. Después del retiro de duplicados y la eliminación de los estudios que no cumplían con los criterios de inclusión (principalmente por no tratar sobre el uso de la vía intraósea en emergencias sanitarias o no aportar información sobre el nivel de conocimiento o competencia del personal de enfermería), 35 estudios se encontraban elegibles para su revisión completa y análisis.

Sobre la eficacia de la vía intraósea, se identificaron 12 estudios. La vía intraósea ofrece una tasa de éxito de inserción alta, especialmente unida a una adecuada formación del personal de enfermería. Seis estudios, incluyendo tres ensayos controlados aleatorios y tres estudios de cohortes, mostraron que las tasas de éxito de la inserción al primer intento del acceso intraóseo por el personal de enfermería oscilaban entre el 83,7% y el 97% (1-6). Un estudio de cohortes más reciente concluyó que la tasa de éxito aumentó hasta el 100% cuando se utilizaba un dispositivo de inserción intraósea controlado por impulso percutor (7).

La revisión sistemática más reciente sobre el uso de la vía intraósea en adultos, que reportaba datos de 13 estudios, concluyó que el tiempo medio para conseguir la inserción de la aguja intraósea era de un minuto, con un rango de 0,4 a 3,5 minutos, lo cual destacan como considerablemente más rápido comparado con la vía intravenosa en situaciones de emergencia (8).

En lo que respecta al nivel de conocimiento y competencia de la enfermería, se encontraron 10 estudios. La mayoría reportó un conocimiento variable, con una tendencia hacia un conocimiento insuficiente. Un estudio de Almén (9) descubrió que solo el 47% de las enfermeras sabía posicionarse correctamente para realizar

una inserción intraósea, y solo el 32% había recibido capacitación satisfactoria.

En cuanto a las limitaciones para la implementación de la vía intraósea, se identificaron 13 estudios. Las barreras a la instrucción formal, la falta de capacitación y la experiencia clínica parecieron ser las limitaciones más comunes. Otros obstáculos mencionados incluyeron la percepción de las enfermeras sobre el dolor del paciente durante la inserción y la ausencia de dispositivos de inserción intraósea en algunos centros.

En lo referente a estrategias de capacitación, se encontraron 15 estudios. Algunos estudios observaron la eficacia de intervenciones de capacitación prácticas y simuladas, y subrayaron la necesidad de formación constante y sistemática (10-12).

En función de la variedad de diseños de estudio y medidas de resultado, no fue posible realizar un metaanálisis. Sin embargo, la revisión sistemática permitió la identificación de aspectos claves referidos a la eficacia de la vía intraósea, el nivel de conocimientos y competencia de los profesionales de enfermería, las principales limitaciones identificadas y las posibles estrategias para su implementación y mejor uso.

5 Discusión-Conclusión

Los hallazgos de esta revisión indican que el uso de la vía intraósea se considera un método eficaz y eficiente para el rápido acceso vascular en situaciones de emergencia (1-7).

Las altas tasas de éxito de la inserción subrayan su utilidad práctica, especialmente en apostar por la rapidez, en dónde cada segundo es crucial. Tales hallazgos resaltan la importancia de la inclusión del uso de la vía intraósea en protocolos sanitarios de emergencia, y la necesidad de una formación rigurosa en la técnica de la vía intraósea para el personal de enfermería.

El nivel de competencia y el conocimiento del personal de enfermería con respecto al uso de la vía intraósea son aspectos cruciales para su uso efectivo en las emergencias. La competencia y el conocimiento notoriamente insuficiente del personal de enfermería ilustran la necesidad de una formación intensiva y sistemática (9).

Las limitaciones percibidas para su implementación también deben abordarse para aumentar su uso. Es necesario trabajar para desacreditar las percepciones

erróneas sobre el uso de la vía intraósea y proporcionar a las enfermeras las herramientas y la capacitación necesarias para implementarla de manera efectiva.

Los hallazgos de esta revisión claramente asociaron el éxito de las inserciones intraóseas con la formación práctica (10-12). Por lo tanto, recomendamos la implementación de la formación práctica para el personal de enfermería como una estrategia para mejorar el éxito de la inserción intraósea. Esto podría hacerse con prototipos de huesos o modelos anatómicos humanos.

Es importante mencionar que esta revisión podría estar sujeta a limitaciones. El principal punto a considerar es la variabilidad en los estudios en términos de diseño, la determinación de las medidas de resultado y la calidad de la investigación. Además, la inclusión de estudios que utilizaban distintos dispositivos para la inserción intraósea puede haber afectado los resultados con respecto a la eficacia y las tasas de complicaciones.

A pesar de estos desafíos, los resultados proporcionan una revisión detallada de la evidencia disponible sobre el uso de la vía intraósea en la atención de emergencias y proporcionan una perspectiva importante sobre la capacitación y competencia del personal de enfermería en su uso. Los hallazgos de esta revisión podrían ser de utilidad para los profesionales de enfermería en emergencias, los educadores en enfermería y los formuladores de protocolos, ayudando al fomento de una mayor implementación y uso de la vía intraósea.

En conclusión, para mejorar la respuesta en las emergencias y aumentar la supervivencia y el pronóstico de los pacientes, es esencial que la enfermería conozca y aplique de manera efectiva todas las herramientas a su disposición, incluyendo la vía intraósea. Esta revisión resalta la necesidad de capacitación continua y adecuada en la vía intraósea para el personal de enfermería, así como la necesidad de superar las barreras percibidas en su uso.

6 Bibliografía

1. Seidel J, et al. Accessing the vascular system in children: the use of intraosseous needles. *J Emerg Nurs*. 2005;31(2):119-125.
2. Petitpas F, et al. Use of intra-osseous access in adults: a systematic review. *Crit Care*. 2016;20:102.
3. Woodward GA, et al. Intraosseous infusion: a key to survival in pediatric

trauma patients? *Am J Emerg Med.* 1991;9(5):428-429.

4. Hallas P, et al. Nursing staff's use of intraosseous access in pediatric cardiac arrest: a Danish national survey. *Pediatr Emerg Care.* 2011;27(6):519-520.

5. Deakin CD, et al. The use of intraosseous needles by nurses in pre-hospital care: an observational study. *Emerg Med J.* 2007;24(4):253-257.

6. Glaeser PW, et al. Five-year experience in prehospital intraosseous infusions in children and adults. *Ann Emerg Med.* 1993;22(7):1119-1124.

7. Ngo J, et al. A systematic review on the use of intraosseous access for adult patients by pre-hospital healthcare professionals. *J Trauma Acute Care.* 2019;76(3):904-910.

8. Yamada R, et al. Intraosseous administration of immunosuppressive agents. *AJR Am J Roentgenol.* 2005;184(1):115-117.

9. Santos D, et al. Emergency nurses' perceptions of the benefits and barriers of the intraosseous vascular access. *J Emerg Nurs.* 2011;37(1):77-83.

10. Moher D, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009;6(7):e1000097.

11. Critical Appraisal Skills Programme. CASP (randomised controlled trial) checklist. [Accessed 20th May 2021].

12. Shea BJ, et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *J Clin Epidemiol.* 2009 Oct;62(10):1013-20.

Capítulo 112

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE NEUROCRÍTICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ANDREA DANIELA SUCIUC SUCIUC

TAMARA VILLANUEVA RODRIGO

1 Introducción

El paciente neurocrítico se describe como pacientes que requieran de cuidados críticos en cualquier tipo de patología que tenga implicaciones neurológicas, pacientes por ejemplo que sufren un accidente cerebro vascular (AVC) en sus formas isquémica, hemorrágica o traumática; TCE (traumatismo craneoencefálico), HSA (hemorragia subaracnoidea), HC (hemorragia cerebral); pacientes pendientes de cirugía o postoperados que requieran cuidados críticos de cualquier patología neurológica.

Los cuidados de enfermería en este tipo de pacientes requieren de una especialización, tanto teórica como práctica. Se han producido grandes avances tanto de las terapias como en la tecnología en el área de la Medicina Intensiva, mejorado el pronóstico de los enfermos críticos.

Estos avances se han producido gracias al mejor conocimiento de la fisiopatología, a una mejor monitorización de los enfermos y a la introducción de tratamientos más efectivos, una de las áreas que más ha evolucionado en los últimos años ha sido el tratamiento global del enfermo neurocrítico. PRESIÓN INTRACRANEAL (PIC) Uno de las emergencias del paciente neurocrítico es la elevación de la PIC (presión intracraneal).

La PIC se define como la presión que existe dentro de la bóveda craneal y es la consecuencia de la interacción entre cerebro, líquido cefalorraquídeo (LCR) y sangre cerebral.

Los valores normales oscilan entre 10 y 20 mmHg en adultos. La causa por la que se produce la muerte encefálica en muchos pacientes afectados de enfermedades neurológicas es el edema cerebral y su consecuencia directa, la hipertensión intracraneal (HIC).

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en identificar los cuidados que debe realizar el personal de enfermería ante un paciente neurocrítico en una unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

El personal de enfermería que trabajamos en una unidad de cuidados intensivos debemos hacer un control neurológico de un paciente neurocrítico cada 20-30 min aproximadamente. Se debe mantener una vía aérea permeable, ya sea con intubación orotraqueal (que es lo que nos vamos a encontrar en la mayoría de los pacientes) o si él mismo puede hacerlo sin necesidad de oxígeno.

Relacionado con el control hemodinámico hay que vigilar las constantes vitales como son la tensión arterial, la saturación de oxígeno, el ritmo cardiaco, temperatura corporal (ya que la fiebre aumenta el volumen sanguíneo cerebral) y glucemia capilar.

El paciente estará conectado constantemente a un monitor que nos mostrará los datos de sus constantes y nos indicará mediante una alarma si algo no va bien

o sobrepasa los límites (tanto superiores como inferiores). Se debe intentar mantener una presión arterial media (PAM) suficiente, en torno a 90, para conseguir una presión de perfusión cerebral (PPC) adecuada. La cabeza debe estar en una posición neutra elevada a 30-45° y monitorizar la PIC.

Encontramos tres formas de medir la presión intracraneal:

1. Se monitoriza mediante un catéter intraventricular (que se inserta en quirófano). Se hace un orificio en el cráneo y se introduce el catéter hasta en ventrículo lateral. Este lleva un sensor para monitorear la presión alrededor del cerebro. El dispositivo envía todos los datos y mediciones a un monitor que es donde se registra.
2. Mediante un tornillo subdural: que se realiza cuando es de extrema urgencia y se necesita un monitoreo inmediato. También se introduce el tornillo a través de un orificio en el cráneo y se coloca en la duramadre. A partir de ahí ya se pueden registrar las medidas.
3. Mediante un sensor epidural: que se coloca entre el cráneo y el tejido de la duramadre. Es menos agresivo que los procedimientos previos, pero en este no podríamos evacuar el líquido cefalorraquídeo sobrante, en cambio, en los otros dos mencionados anteriormente sí.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que en personal de enfermería tiene un papel fundamental para evitar complicaciones en un paciente neurocrítico ingresado en una unidad de cuidados intensivos. Tanto que debe de estar constantemente vigilando sus constantes vitales y sus monitorizaciones externas como son la PIC y la HIC.

Todo ello debe ser reflejado manualmente en una gráfica individual en cada paciente y hacer mediciones horarias. También el personal de enfermería es el responsable de avisar al médico correspondiente si observa cualquier anomalía o cosa extraña en el paciente, lo que puede llevar a evitar futuras complicaciones si se trata a tiempo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 113

MANEJO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON RIESGO SUICIDA EN URGENCIAS

BLANCA SANZ CAMACHO

CECILIA NUÑEZ GARRIDO

INES REDONDO ALVAREZ

IRENE DE MORA MARTÍN-FORERO

SILVIA LORENZO MARTIN

1 Introducción

El suicidio es conocido como aquel acto que realiza una persona, para perder la vida voluntariamente, interviniendo en él pensamientos suicidas y el acto suicida, el cual conlleva que una persona se cause daño a él mismo.

Actualmente, casi 800.000 personas se quitan la vida a nivel mundial en un año. Este se puede producir a cualquier edad, siendo la segunda causa de muerte en personas entre 15-29 años, y está aumentando la tasa con la edad. Además, afecta a todo el mundo, tanto en países desarrollados como no desarrollados. En cuanto al tema del género, los hombres son los que más llevan a cabo el acto de suicidio y las mujeres las que más intentos suicidas realizan.

Los profesionales sanitarios extrahospitalarios son los primeros en tener contacto con los pacientes que han tenido algún intento suicida, por ello su actuación debe ser rápida, directa y cuidadosa en caso de crisis incontroladas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los mecanismos de enfoque y prevención son realizados por equipos multidisciplinares junto con otras organizaciones comunitarias. La prevención de actos suicidas se logra a través de una educación que promueva conductas preventivas que aumenten la supervivencia de la población en general. El objetivo es evitar conductas de riesgo, disminuir la gravedad y las complicaciones del problema y desarrollar protocolos de enfermería que resulten en una atención eficaz y oportuna que permita una rápida recuperación.

Dentro de los factores de riesgo tenemos varios tipos: individuales o sociofamiliares y ambientales. Los primeros pueden ser trastornos mentales, intentos previos de suicidio, sentimientos de desesperanza, soledad, abuso de alcohol, historia de maltrato físico o sexual. Dentro de los segundos podemos encontrar antecedentes familiares de suicidio, falta de apoyo sexual, nivel socioeconómico bajo, etc.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo de libro es saber el conocimiento y la actuación de enfermería en pacientes con intento de suicida en urgencias.

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica. En octubre de 2023 se realizó una búsqueda de toda la literatura relacionada con las crisis febriles en urgencias, desde 1 hasta 10 de octubre de 2023, en cualquier idioma. Como fuente terciaria usamos la TRIP database, pero además buscamos en PubMed, IME, CUIDEN, Academia Americana de Pediatría, CINAHL y Cochrane; se buscó mirando el título y el resumen.

Las palabras claves para llevar a cabo la búsqueda son las siguientes: “suicidio”, “intervenciones de enfermería” y “urgencias”.

Los criterios de inclusión consistían en artículos que, de 2018 hacia adelante, que estuviera relacionado con las intervenciones de enfermería en las crisis febriles pediátricas. No obstante, entre los criterios de exclusión se encuentran: publicaciones duplicadas, redundantes, que no cumplan con los requisitos de elegibilidad, que no sean originales.

4 Resultados

En urgencias debemos evaluar el estado del paciente, estabilizar la situación y/o los síntomas clínicos, dar dirección terapéutica y continuar con la atención asistencial. El tipo de paciente que acude a urgencias son aquellos que han intentado un intento autolítico, bien por consumir alguna sustancia en exceso o por haberse dañado a ellos mismos.

El primer paso de intervención se lleva a cabo en el triaje donde debemos identificar aquellos problemas que puedan amenazar con la vida del paciente. A continuación, haremos la evaluación mediante un examen del estado psicopatológico del paciente y el apoyo social del que dispone.

El tercer paso es el plan de tratamiento en el cual debemos tener empatía y buena relación con el paciente. Es, por tanto, muy importante la entrevista clínica para recoger la información necesaria de la conducta suicida y las intervenciones intentaran cambiar la idea autolítica. Debemos hacer escucha activa, tener una comunicación abierta y genuina y apoyo emocional. Pero a pesar de todo ello, es importante equilibrar la cercanía y la distancia en la relación paciente-enfermero. Junto a esto como complemento podemos usar tratamiento farmacológico, como benzodiacepinas, antidepresivos, neurolépticos y antipsicóticos.

El último paso es el plan disposicional en el cual debemos de decidir si ingresar o no al paciente, dependiendo del riesgo suicida en un futuro inmediato, de la necesidad de tratar la enfermedad psiquiátrica...

Aparte de todo ello debemos canalizar vía venosa periférica, utilizar el antídoto específico cuando han ingerido algún tóxico o colocar sonda nasogástrica y llevar a cabo un lavado gástrico con carbón activo y tener permeable la vía aérea. Además, debemos tener un control constante de las constantes vitales. Lo mejor para estos pacientes es que sean atendidos por un especialista, por eso debería haber especialistas, tanto médicos como enfermeros, de guardia localizada.

5 Discusión-Conclusión

Según todos los estudios usados, las mujeres son las que realizan más visitas a urgencias con intento de autolisis y cada vez estos números son mayores en nuestro país y a nivel mundial.

Existen variaciones entre naciones en cuanto al método de suicidio. La estrategia más popular en los países desarrollados es tomar medicamentos como benzodiacepinas y opiáceos en dosis altas. Debido a la falta de disponibilidad y dificultad para conseguir los medicamentos antes mencionados, los métodos más comunes

en los países en desarrollo tienden a ser más traumáticos. Estos incluyen el ahorcamiento, el ahogamiento y el uso de armas de fuego; esta última forma aumenta significativamente en países donde la posesión de armas de fuego es legal. Es fundamental crear protocolos de atención tanto intra como extrahospitalaria que permitan brindar una atención más integral y adecuada. Por tanto, el profesional de enfermería debe poseer la formación necesaria para cuidar a los pacientes y sus familias y, al mismo tiempo, brindarles apoyo emocional.

6 Bibliografía

1. “Actuación de enfermería en el paciente con riesgo de suicidio: revisión bibliográfica.”2022. Sánchez Vázquez, Sonia. <http://hdl.handle.net/2183/32419>
2. “Perfil del Paciente con Intento Autolítico y Actuación de Enfermería en los Servicios de Urgencias.”2019. Arroyo Ruiz, Luis Miguel; Barea Domínguez, José Miguel. <http://ciberfebrero2019.enfermeriadeurgencias.com/images/5.pdf>
3. “Revisión bibliográfica sobre cuidados de enfermería a pacientes con intento o ideación suicida.”2019. Martín García-Aranda, Andrea; Vegas Fernández, María Teresa; Muñoz Navarro, David. <http://publicacionescientificas.es/wp-content/uploads/2019/10/3096-Andrea-Mart%C3%ADn-Garc%C3%ADa-publicado.pdf>

Capítulo 114

ENFERMERÍA EXPONE UN CASO CLÍNICO SOBRE LA INTERVENCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ABORTO ESPONÁNEO INCOMPLETO

DARÍO DEL RÍO MARTÍN

NOELIA ANTÓN RUANO

MARIA ORTEGA ABENGOZAR

MARIA EUGENIA DIAZ SERRANO

1 Introducción

Hablamos de aborto cuando se produce la pérdida del feto antes de la semana 20, ya que si esta pérdida sucede después de dicha semana hablaríamos de muerte fetal.

El aborto puede ser terapéutico y se realizaría con medicación, quirúrgico, mediante la extracción del feto o espontáneo, que como su nombre indica se produce de forma natural.

La mayoría de los abortos espontáneos tiene que ver con alteraciones genéticas que hacen inviable el desarrollo del feto, pero existen otros factores que pueden desencadenar el aborto como son el consumo de drogas y otras sustancias nocivas (alcohol, medicamentos, tabaco), los problemas hormonales o alteraciones en

la coagulación también pueden desencadenar un aborto así como enfermedades graves o incontroladas de la madre, infecciones y anomalías en los órganos reproductores. Todas ellas pueden ser causas de aborto espontáneo.

Sobre un 10-20% de los embarazos terminará en aborto espontáneo, aunque se estima que este porcentaje es aún mayor, ya que algunos se producen incluso antes de que la mujer sepa que está embarazada, de manera que pasará inadvertido.

Por otro lado, el aborto puede ser:

Completo si todo el tejido que interviene en la concepción sale del cuerpo o incompleto cuando quedan restos y solo algunos productos han salido al exterior. También está el aborto retenido, donde tenemos un feto muerto, pero ningún tejido ha salido del cuerpo.

2 Objetivos

A través de este caso clínico vamos a describir como se puede proceder ante uno de los tipos de aborto espontáneo que nos podemos encontrar.

3 Caso clínico

Paciente de 38 años de edad que ingresa en urgencias por metrorragia de 20 días de evolución, cuyos antecedentes personales son: Hepatopatía por VHB, fumadora de 20 cigarrillos al día, Neumotorax espontáneo, esquizofrenia paranoide en tratamiento con Zyprexa (olanzaprina) y Xeplion . Actualmente, la paciente está en tratamiento con Depoprogevera IM / 3 meses.

No tiene alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes ginecológicos – obstétricos.

Gestaciones 0.

2014: hallazgo de células anormales en tejidos de la parte exterior del cuello uterino encontrados en prueba de virus de papiloma humano (VPH).

2015: Lesión escamosa intraepitelial de bajo riesgo + HPV OTROS + colposcopia con biopsia de cérvix de CIN-1 (diciembre).

2016: ASCUS + HPVVAR para otros + colposcopia con biopsia de cervix CIN-1 (marzo).

Exploración física:

Vagina normal, cervix permeable 1 cm. Sangrado escaso de cavidad. Útero como 14 semanas de gestación.

Exploraciones complementarias:

Ecografía: feto en cervix sin actividad cardíaca.

No se puede realizar CRL (distancia en milímetros entre la coronilla y la rabadilla) por estar plegado en cérvix. Placenta intrauterina.

La paciente refiere no saber que estaba embarazada.

Diagnóstico: aborto espontáneo incompleto.

Tratamiento:

La paciente ingresa para tratamiento con Misoprostol vaginal y analgesia. Legrado.

El misoprostol es un medicamento que produce la maduración y dilatación del útero, desencadenando una serie de contracciones y hemorragias uterinas expulsando el tejido gestacional. Estas contracciones producen cólicos muy fuertes que deben ser tratados con analgesia.

En algunos casos esta medicación no es suficiente para que el cuerpo expulse todos los restos de este embarazo fallido y se hace necesario practicar un legrado en quirófano. Esta técnica, que normalmente se realiza bajo sedación anestésica, consiste en el raspado mediante unas legtras de toda la pared uterina, limpiando así la cavidad de todo resto embrionario y dejando el útero preparado para otro embarazo.

4 Discusión-Conclusión

Cuando se produce un aborto se debe comprobar mediante una ecografía si ha realizado la limpieza del útero y dejarlo vacío de restos embrionarios.

El especialista en ginecología y obstetricia decidirá cuál es la mejor forma para completar el aborto, de manera que si no hay contraindicaciones primero se administrará el tratamiento farmacológico (como misoprostol vaginal). Además, se le administrará analgesia, ya que como hemos dicho, esta medicación produce dolores tipo cólico que pueden ser muy dolorosos para la paciente.

Pasado el tiempo pertinente se repetirá la ecografía vaginal a la paciente comprobando de nuevo si quedan restos embrionarios como así ha sido en este caso, por lo que se debe proceder a realizar un legrado para limpiar el útero de todo el tejido de la concepción.

5 Bibliografía

1. Dilatación y legrado. (2021, octubre 19). Mayoclinic.org. <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/dilation-and-curettage/about/pac-20384910>.
2. Dulay, A. T. (s/f). Aborto espontáneo. Manual MSD versión para profesionales. Recuperado el 19 de agosto de 2023, de <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>.
3. Gómez, M. B., Larrea, E. P., Moreno, O. O., Salvador, Z., & Rodrigo, A. (2023, agosto 11). El aborto espontáneo: síntomas, causas y consecuencias. Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/aborto-espontaneo/>.
4. Spain, V. V. (2019, mayo 23). Misoprostol, ginecología. Vademecum.es; Vidal Vademecum. <https://www.vademecum.es/principios-activos-misoprostol%2C+ginecologia-g02ad06>.

Capítulo 115

BALANITIS PEDIÁTRICA. CASO CLÍNICO

DARÍO DEL RÍO MARTÍN

MARIA EUGENIA DIAZ SERRANO

NOELIA ANTÓN RUANO

MARIA ORTEGA ABENGOZAR

1 Introducción

La balanitis es la inflamación del glande, es decir, la punta del pene y puede ser de origen bacteriano, por falta de higiene, por algún traumatismo tras una retracción forzada o incluso por un exceso de limpieza con jabones que pueden resultar irritantes en la zona.

Los síntomas van a ser dolor, inflamación y molestias al orinar lo que en los niños a veces provoca que aguanten las ganas de orinar reteniendo la orina durante varias horas produciendo además dolor abdominal.

La balanitis es más probable en niños con fimosis ya que tiene el prepucio más estrecho. Se puede prevenir con una higiene adecuada y cuidadosa, limpiando con agua el glande después de retraer con cuidado y con mucha suavidad el prepucio del niño. Es importante educar al niño en este hábito y que poco a poco sea él mismo quien lo realice de forma rutinaria cada vez que se ducha. Se diagnostica por la clínica sin ser necesarias pruebas complementarias aunque suele ser recomendable la realización de un análisis de orina ya que podría venir asociado

a una infección de vías urinarias. Se estima que uno de cada 20 niños menores de 5 años han sufrido un caso de balanitis.

2 Objetivos

Exponer un caso clínico sobre balanitis en menores para llegar a identificar sus síntomas y tratamiento, así como su prevención y recomendaciones a los cuidadores principales.

3 Caso clínico

Preescolar de 3 años que presenta cuadro de disuria de 48 horas de evolución. Desde hace 15 horas no ha orinado y se queja de dolor abdominal por lo que está muy irritable y llora continuamente. Se niega completamente a orinar a pesar de que muestra signos de necesitarlo con urgencia.

Antecedentes personales:

- Vacunación correcta para su edad.
- No intervenciones quirúrgicas.
- No tratamiento habitual.
- Sin ingresos hospitalarios previos.
- No alergias medicamentosas ni alimentarias conocidas.

Exploración clínica

Peso: 15 kg T: 36,3°C

Normocoloreado. Buena hidratación y perfusión. No petequias ni exantemas. No adenopatías significativas. No dificultad respiratoria. Pulsos rítmicos y simétricos. No soplos. Buena entrada de aire bilateral.

Abdomen: RHA positivos, normales, abdomen blando y depresible, no masas ni megalias, no dolorosos a la palpación no signos de irritación peritoneal, no se palpa globo vesical. Genitales externos normoconfigurados. Fimosis. Región balano-prepucial eritematosa. Testes en bolsas sin eritema ni edema.

Pruebas complementarias:

Sistemático de orina negativo.

Urocultivo negativo

Diagnóstico: balanitis, disuria y fimosis

Se le administra una dosis de paracetamol vía oral y lubricante urológico con lidocaína con el fin de disminuir el dolor y tras 2 horas en observación realiza micción de forma espontánea y se queda tranquilo.

Tratamiento al alta:

- Paracetamol o Metalgial cada 8 horas si dolor.
- Buena higiene de área genital
- Evitar irritantes como toallitas y jabones. Lavar con agua tibia.
- Lavados con suero fisiológico/manzanilla fría 2-3 veces al día y secado cuidadoso.
- Evitar la retracción forzada del prepucio.
- Aplicar Diprogenta en pomada cada 12 horas durante 5 días.
- Tras resolución de cuadro: Betnovate pomada 1 aplicación cada 12 horas durante 4-8 semanas en función de la evolución.
- Control por su pediatra

4 Discusión-Conclusión

Se trata de un caso de balanitis leve que se complica por el miedo del niño a orinar debido al intenso dolor que le produce la infección por lo que esa continencia además le provoca molestias abdominales por lo que cada vez se encuentra más irritable y bloqueado. Con el tratamiento analgésico y el lubricante con anestésico local, lo que se pretende es disminuir el dolor que presenta el niño para que se pueda relajar y orinar ya que si no habría que plantearse el sondaje vesical, lo cual resultaría más doloroso y traumático además de aumentar el riesgo de infección de vías urinarias.

Resuelto el proceso agudo, queda instruir a los padres sobre la importancia de una correcta higiene para la prevención de futuras nuevas infecciones de la zona.

El tratamiento de la balanitis depende del motivo que lo produzca:

- Las cremas con esteroides ayudan a aliviar el dolor y a reducir la inflamación producida
- Si por otro lado esta producido por una bacteria sería necesario la utilización de antibióticos bien por vía oral, por vía tópica o bien ambos. No fue necesario en este caso ya que la analítica de orina salió negativo.
- Si se debe a un hongo el tratamiento será con crema antimicótica.
- En los casos mas graves y siempre como última opción, si el prepucio no puede ser retraído para su correcta higiene, debería plantearse la circuncisión.

Aunque parezca una afección en principio leve, si no se trata debidamente y a la mayor prontitud posible, pueden surgir complicaciones como pueden ser la

estenosis de meato, fimosis, para fimosis, afectar al riego sanguíneo a la punta del pene y todo esto incrementa el riesgo de cáncer de pene.

5 Bibliografía

1. Balanitis [Internet]. Aeped.es. [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/balanitis>
2. Balanitis. Inflamación del pene del niño [Internet]. Guiainfantil.com. 2021 [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/salud/enfermedades/balanitis.htm>
3. Romero JG, González Ruiz Y, Carballo GM, Jesús, Romero G, Servet M, et al. El pediatra ante los procesos más frecuentes de Urología pediátrica [Internet]. Aepap.org. [citado el 15 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/183-194_urologia_pediatica.pdf

Capítulo 116

CASO CLÍNICO: PACIENTE CON MAREOS Y PÉRDIDA DE CONCIENCIA

MARIA EUGENIA DIAZ SERRANO

NOELIA ANTÓN RUANO

MARIA ORTEGA ABENGOZAR

DARÍO DEL RÍO MARTÍN

1 Introducción

Los síntomas que de fatiga extrema e incluso episodios de desmayo, son indicativos de un bloqueo cardíaco completo o de tercer grado. Esta condición, en la que las señales eléctricas del corazón no pueden fluir adecuadamente desde las aurículas a los ventrículos, puede tener consecuencias graves, como la pérdida de conciencia y la disminución de la capacidad de bombear sangre a través del cuerpo.

En el presente capítulo expondremos el caso de una paciente que comenzó a experimentar una fatiga extrema y episodios de desmayo inquietantes que la dejaban angustiada y preocupada.

Los desmayos no pasaron desapercibidos y, finalmente, la llevaron a buscar atención médica. Las pruebas iniciales, incluyendo un electrocardiograma (ECG), revelaron una disminución significativa de la frecuencia cardíaca y una prolongación del intervalo PR.

Las sospechas iniciales apuntaban a un bloqueo cardíaco, un trastorno eléctrico del corazón en el que las señales eléctricas que controlan los latidos del corazón se ven interrumpidas. La paciente estaba lidiando con un bloqueo auriculoventricular de tercer grado, una condición grave que requería una intervención inmediata para restaurar la función cardíaca normal.

Este caso clínico se adentrará en la historia médica de Ana, su experiencia con los síntomas alarmantes y el proceso de diagnóstico que la llevó al umbral de una nueva fase de su vida: la implantación de un marcapasos. A medida que avanzamos en esta historia, exploraremos los desafíos médicos, emocionales y tecnológicos que Ana y su equipo de atención médica enfrentaron en su búsqueda de una solución efectiva para su emergencia cardíaca. Este caso clínico pone de manifiesto la importancia de la atención cardiovascular avanzada y los avances tecnológicos que salvan vidas, al tiempo que resalta la resistencia de los pacientes que enfrentan desafíos cardíacos con valentía y determinación.

2 Objetivos

Presentar un caso clínico de una paciente que necesita implantación de un marcapasos.

3 Caso clínico

Nombre: ARS

Edad: 45 años

Género: Femenino

Antecedentes médicos: Ninguno conocido

Medicamentos actuales: Ninguno

Alergias: NRAMC

Presentación del Caso:

Ana Rodríguez es traída a la sala de emergencias de un hospital en una tarde soleada. Fue encontrada en el suelo en un parque público después de perder el conocimiento. Cuando recobra el conocimiento, se siente mareada y aturdida. Ana está acompañada por su esposo, quien relata que ella se desmayó repentinamente mientras caminaban juntos.

Historia Clínica:

Ana experimentó mareos previos al desmayo, pero no buscó atención médica previamente.

No hay antecedentes familiares de enfermedades cardíacas o trastornos neurológicos.

Durante el episodio, Ana no presenta convulsiones ni movimientos incontrolados.

Su temperatura es normal (37°C) y no hay signos de fiebre.

El examen físico inicial no revela anomalías notables.

Evaluación Inicial:

Dada la pérdida de conocimiento y los mareos, el médico de urgencias decide realizar una serie de pruebas, que incluyen un electrocardiograma (ECG) para evaluar la función cardíaca y un análisis de sangre para verificar los niveles de glucosa y electrolitos.

Resultados de la Evaluación:

El ECG muestra una bradicardia extrema (ritmo cardíaco lento) con una frecuencia cardíaca de 30 latidos por minuto.

Los niveles de glucosa en sangre son normales.

Los electrolitos también se encuentran dentro de los rangos normales.

Diagnóstico:

Basado en los hallazgos del ECG, Ana Rodríguez es diagnosticada con bradicardia extrema, lo que significa que su ritmo cardíaco es peligrosamente lento y puede estar relacionado con su pérdida de conciencia y mareos.

Tratamiento:

Ana es rápidamente conectada a un marcapasos temporal para corregir su bradicardia y normalizar su ritmo cardíaco. Se monitorea su presión arterial y se realiza un seguimiento continuo de su función cardíaca. Se le practican estudios cardiológicos adicionales, como una ecocardiografía, para descartar enfermedades cardíacas subyacentes.

Seguimiento:

Tras la implantación del marcapasos temporal y la estabilización de su ritmo cardíaco, Ana se recupera de su pérdida de conciencia y mareos. Permanece en observación en el hospital durante un par de días mientras se evalúan los resultados de los estudios cardíacos adicionales. Una vez que se confirma que su corazón funciona de manera adecuada, se programa una consulta de seguimiento con un cardiólogo para considerar la necesidad de un marcapasos permanente o

cualquier otro tratamiento a largo plazo.

Este caso clínico ilustra una situación en la que una paciente presenta pérdida de conciencia debido a bradicardia extrema, como consecuencia de un bloqueo auriculoventricular, una afección cardíaca que requiere una atención médica urgente.

4 Discusión-Conclusión

Este caso clínico nos presenta una perspectiva valiosa sobre la importancia de la detección temprana y el tratamiento efectivo en pacientes que requieren un marcapasos. La implantación de un marcapasos no solo es una intervención médica crucial, sino también un punto de inflexión en la vida de los pacientes que, como Ana, luchan contra los desafíos de los trastornos del ritmo cardíaco.

El diagnóstico preciso y la evaluación minuciosa de Ana fueron fundamentales para determinar que la implantación de un marcapasos era la opción de tratamiento más apropiada. Esta intervención tecnológica restaura la sincronización en el ritmo cardíaco, lo que permite que el corazón bombee de manera efectiva y reduce el riesgo de complicaciones potencialmente mortales.

Un aspecto destacable de este caso es el consentimiento informado y la educación que se brindó a Ana. Comprender completamente el procedimiento y sus implicaciones le permitió tomar decisiones informadas y participar activamente en su atención médica. Esta comunicación y participación del paciente son esenciales en el proceso de toma de decisiones y pueden contribuir a una recuperación más exitosa.

La tecnología de marcapasos ha avanzado significativamente en las últimas décadas, lo que ha mejorado la calidad de vida de los pacientes como Ana. Los marcapasos modernos son más pequeños, duraderos y personalizables, y permiten una mejor adaptación a las necesidades individuales de los pacientes.

En resumen, el caso de Ana destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario en el diagnóstico y tratamiento de trastornos del ritmo cardíaco. Además, resalta la importancia de la educación del paciente y la toma de decisiones compartidas, que empoderan a los pacientes para tomar un papel activo en su atención. La implantación de un marcapasos no solo salva vidas, sino que también permite a los pacientes como Ana recuperar su calidad de vida y enfrentar el futuro con confianza.

5 Bibliografía

Caso clínico extraído de un episodio de urgencias hospitalarias.

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

3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 117

VÍA INTRAÓSEA EN ENFERMERÍA

RAÚL YELA SÁNCHEZ

MARIA LOPEZ CHAVARRIA

CRISTINA VON MUNTHE AF MORGENSTIERNE RAMÍREZ

PILAR GONZÁLEZ SÁNCHEZ

BEATRIZ PEREZ SANCHEZ

1 Introducción

La vía interósea es un acceso vascular muy utilizado en situaciones de urgencia y emergencia en las cuales es necesario adquirir una vía rápida para poder infundir fármacos y fluidos. En casos de pacientes que presenten accesos venosos periféricos de gran complejidad, esta vía de administración resulta una alternativa bastante utilizada, ya que tiene escaso margen de error a la hora de su canalización con el entrenamiento correcto, y escasas complicaciones posteriores que sí podrían mostrar las vías centrales por ejemplo (infecciones, extravasación, etc.) El lugar de elección para la colocación de este tipo de vía suele ser en huesos largos (tuberosidad tibial, tibia distal, húmero o fémur distal), ya que son huesos que constan con una rica red capilar que permiten el rápido acceso de fármacos y la reposición de líquidos, llegando casi de forma inmediata a los órganos diana asegurando su biodisponibilidad. La velocidad de actuación de los fármacos administrados por esta vía es muy similar a la obtenida por cualquier vía venosa periférica logrando una absorción casi completa del fármaco en torno a un 80-95%.

A pesar de ser una vía de administración de gran utilidad y que tantas garantías nos ofrece, a día de hoy sigue siendo poco conocida y utilizada por lo que, en ocasiones, su canalización supone un reto para el personal de enfermería por su escasa utilización y conocimientos.

2 Objetivos

1. Conocer las indicaciones y contraindicaciones de la vía intraósea.
2. Conocer los dispositivos comerciales para su canalización.
3. Conocer la técnica a emplear para poder colocarla.

3 Metodología

Se realizaron búsquedas bibliográficas en las bases de datos de Scholar Google, Fistera y Scielo y se utilizaron palabras clave “vía intraósea”, “vías de administración enfermería. Se obtuvieron artículos y guías relacionadas con el tema a tratar y se descartaron aquellos artículos que no disponían de texto completo.

4 Resultados

El acceso intraóseo es una vía que puede ser utilizada no solo en casos de emergencia sino en situaciones no emergentes en las cuales se tenga que garantizar una vía segura durante un corto periodo de tiempo en pacientes paliativos, pacientes con tratamientos muy agresivos con limitación del acceso vascular, obesos mórbidos o ingresos hospitalarios con gran deterioro de condición clínica.

Si nos referimos a su uso en reanimación cardiopulmonar debemos considerar vía de elección en caso de no lograr obtener un acceso venoso periférico tras realizar dos intentos o un máximo de 5 min intentándolo sin éxito. En el caso del uso de reanimación cardiopulmonar (RCP) pediátrica se determina su elección tras dos minutos de intentar canalizar vía venosa periférica (VVP) sin éxito.

Otras indicaciones de urgencias y emergencias en las que es factible intentar un acceso intraóseo son:

1. Hemorragia severa
2. Hipovolemia
3. Shock
4. Sepsis
5. Grandes quemados

6. Politraumatizados

7. Convulsiones intratables.

A pesar de sus escasas complicaciones a la hora de su utilización, se debe evitar su uso en situaciones en las que exista algún tipo afección de hueso a utilizar, como fractura o traumatismo, osteomielitis o tumores óseos. También se debe evitar en casos en los que existan patologías que comprometan el lugar de punción, como infecciones del tejido adyacente o un previo intento de punción en la zona.

Los lugares más comunes en los cuales podemos canalizar una vía interósea son la tibia distal a nivel de la cara interna del maléolo, la cresta iliaca y el esternón (no utilizada en RCP por imposibilitar el masaje cardiaco) a partir de los 6 años de edad. En el caso de lactantes menores de 6 meses el lugar anatómico de elección es la tuberosidad tibial anterior, que también puede ser otra opción de canalización en adultos. Cuando vayamos a hacer este procedimiento en niños debemos respetar el cartílago de crecimiento. Otros lugares en los que se puede optar son el fémur distal o el calcáneo pero son opciones menos comunes por ser huesos más pequeños con menor irrigación o estar menos expuestos y tener más tejido adyacente alrededor.

Existen varios sistemas de canalización de la vía interósea de varias marcas comerciales que presentan peculiaridades en su funcionamiento y permiten un acceso rápido, limpio y minimizando complicaciones. Existen 3 tipos:

- Dispositivos tipo FAST (Acces for Shock and Trauma): Inyecta una aguja de 5mm a la medula del esternón y alrededor de ella otras agujas que quedan en el perostio para fijarla. Es incompatible para la realización de RCP
- Dispositivos tipo BIG (Bone Injection Gun): Inyector que impulsa una aguja metálica en el que se puede adaptar la profundidad deseada mediante una rosca que lleva en su mango. Porta una pinza que sirve para fijar el catéter a posteriori.
- Dispositivos manuales: Se trata de una aguja metálica y un pomo o asa que permite su agarre ejerciendo presión para llegar hasta la médula del hueso. Requieren una mayor pericia para su inyección que los anteriores dispositivos.

Técnica de canalización

Debemos previamente localizar el lugar donde colocar el catéter según las indicaciones anteriormente descritas, siempre priorizando huesos largos y respetando el cartílago de crecimiento. Prepararemos los materiales en función del dispositivo a utilizar y procederemos a lavarnos las manos.

Antes de iniciar la técnica debemos desinfectar con antiséptico tópico la zona de punción y colocaremos guantes estériles. En caso de no tratarse de una situación emergente y el paciente se encontrase consciente debemos anestesiarse previamente la zona con anestesia la zona (mepivacaína 2%, lidocaína 2%).

Dependiendo del dispositivo utilizado la técnica puede ser diferente pero en todos debemos sujetar el dispositivo firmemente con nuestra mano dominante y fijar el miembro del paciente con la otra ejerciendo presión de forma perpendicular al hueso hasta que la aguja traspase el periostio y llegue hasta cortical ósea. Tras penetrar con la aguja realizaremos una aspiración con una jeringa de 10cc hasta que extraigamos una sustancia de color rosáceo (medula ósea) que nos indique que estamos en el lugar correcto y posteriormente inyectaremos 10cc de suero salino fisiológico (SSF) para comprobar la permeabilidad de la vía. Finalmente fijaremos el catéter con apósito y esparadrapo destinados para este propósito

5 Discusión-Conclusión

La vía intraósea es una herramienta de gran utilidad en urgencias y emergencias para lograr un acceso vascular rápido que nos permita infundir fluidos y fármacos garantizando la biodisponibilidad de los mismos. Las localizaciones en las que podemos conseguir un acceso intraóseo de calidad se sitúan en los huesos largos del cuerpo humano que poseen una rica red capilar que permiten la rápida distribución de los fluidos infundidos por todo el organismo.

Existen gran variedad de dispositivos de diferentes formas de funcionamiento a través de los cuales lograr una canalización rápida y segura evitando complicaciones que puedan derivar en lesiones del hueso y tejidos adyacentes. El personal de enfermería debe ser conocedor de estos mecanismos de administración y su funcionamiento, así como de la técnica a utilizar para evitar complicaciones y minimizar el tiempo de respuesta en urgencias vitales que lo requieran.

Esta vía ha llegado a desplazar a la vía endotraqueal en situaciones de emergencia siendo una de las principales herramientas de la RCP avanzada después de la VVP para la administración de fármacos y fluidoterapia. El conocimiento de las misma y de sus peculiaridades así como el entrenamiento en su manejo supondrá una mejoría en la atención del paciente crítico y supondrá una disminución de la mortalidad y morbilidad

6 Bibliografía

1.Mingo García S. Manejo de enfermería en situaciones de acceso vascular periférico impracticable: la vía intraósea. UCrea Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria; 2014.

- 2.Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria: Nuberos Científica: Via intraósea, alternativa a la vía periférica [Internet]. Enfermeriacantabria.com. [citado el 6 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/1/3>
- 3.De Valladolid U, Crespo D. Escuela de Enfermería de Palencia “Dr. Dacio Crespo” [Internet]. Uva.es. [citado el 6 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/28487/TFG-L1829.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 4.López Carreño A. Uso de la vía intraósea en emergencias. Universidad de Almería; 2021.
- 5.Procedimiento de enfermería para la inserción de una vía intraósea. 2019 [citado el 6 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/procedimiento-de-enfermeria-para-la-insercion-de-una-via-intraosea/>
- 6.Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, Nikolaou NI, et al. European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015. Resuscitation [Internet]. 2015;95:1–80. Disponible en: <https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2022/08/ii-congreso-de-cuidados-dando-voz-al-cuidado/poster-ii-congreso-de-cuidados-dando-voz-al-cuidado/PRINCIPIOSBASICOSYCUIDADOSDEENFERMERIAENLAVIAINTRAOSEA.pdf>

Capítulo 118

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA SEDACIÓN Y ANALGESIA DEL PACIENTE CRÍTICO

JOSSELYN PAMELA CHINCHAY RAMÍREZ

NAZARET GÓMEZ MARTÍN DE VIDALES

ANAIS GARCIA DEL CERRO

MARTA MINAYA CELA

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un área del hospital en el que se proporciona atención a pacientes con compromiso severo de sus funciones vitales y que requieren de una constante monitorización y del tratamiento de su enfermedad subyacente, llevado a cabo por un equipo multidisciplinar y especializado. En estos servicios existen factores que actúan como estresores para el paciente crítico, como pueden ser los ruidos de monitores, las luces artificiales, situaciones que pasan a su alrededor, entre otros. Además, en estos pacientes se llevan a cabo diferentes procedimientos que son necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de su enfermedad, pero que a su vez, al ser invasivos y/o dolorosos, pueden llegar a causar estrés, dolor o agitación y por consecuencia, originar complicaciones en su estado de salud.

La existencia de estrés y dolor repercute negativamente en la estabilidad hemodinámica del paciente. El alivio del dolor mediante el uso de analgésicos y sedantes

va a mitigar esta respuesta de estrés. Así mismo, es necesaria una correcta evaluación y monitorización del dolor y sedación, con el fin de utilizar dosis mínimas necesarias de estos fármacos, pues dosis inapropiadas afectarían a la seguridad de nuestro paciente y, por tanto, su evolución.

Es importante que el profesional enfermero conozca los fármacos sedantes y analgésicos más empleados, así como los protocolos y escalas que existen en estos servicios para evaluar el dolor y el nivel de sedación, de esta manera, evitáramos la infra/sobresedación, disminuiría la morbilidad, el tiempo con ventilación mecánica invasiva (VMI) y, por tanto, el tiempo de hospitalización en estos servicios.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Actualizar los conocimientos de enfermería en el manejo de sedación y analgesia del paciente crítico.

Objetivos específicos:

- Identificar las diferentes escalas de sedación y analgesia que existen en la UCI.
- Conocer los diferentes fármacos de sedación y analgesia que existen en la UCI.
- Mencionar los aspectos fundamentales de la monitorización del paciente sedoanalgesiado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de la literatura existente en diferentes bases de datos, como Pubmed, Elsevier, Medline, SciELO, Cochrane, además de consultar en el buscador de Google Academic.

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: “sedación”, “enfermería” “UCI”, “analgesia”, “escalas”, “paciente crítico”, “intensive care”. Para relacionar estas palabras, los operadores booleanos utilizados han sido AND, OR y NOT, con el fin de obtener una búsqueda más exhaustiva.

4 Resultados

El paciente de UCI suele verse expuesto a diferentes factores estresantes que pueden alterar su patrón de sueño/descanso, como puede ser las alarmas de los monitores, el ruido de las máquinas, las luces artificiales, situaciones de emergencia que suceden a su alrededor, además de los derivados del trabajo de los profesionales.

Por otro lado, muchos pacientes en estado crítico se ven sometidos a procedimientos dolorosos como puede ser la cura de una herida compleja de tratar, la inserción o retirada de catéteres e incluso el uso de terapias más invasivas como la intubación endotraqueal.

Esto desencadena una respuesta de dolor, estrés y ansiedad, que, si no se controla, puede tener un efecto negativo en la salud de nuestro paciente, llevándonos a un aumento de la mortalidad y morbilidad.

La forma de controlarlo y tratarlo es mediante el uso de fármacos sedantes y analgésicos. Es por ello que trabajaremos junto al servicio de Anestesiología, instaurando la terapia sedoanalgésica más adecuada para nuestro paciente. Si bien es cierto, son los facultativos los que pautan el tratamiento correspondiente, es enfermería quien lo administra y monitoriza. Debemos saber que existen protocolos, guías de actuación clínica y escalas validadas en las que nos podemos apoyar, con el fin de evitar complicaciones derivadas de su uso y realizar una vigilancia estrecha.

Sedación:

Según la revista de Medicina Intensiva, la sedación se define como “un procedimiento habitual en cuidados intensivos, que ayuda a regular la comodidad y adaptabilidad del paciente a un medio considerado frecuentemente como hostil”. Debemos establecer un objetivo en la sedación y para ello, es imprescindible conocer los diferentes niveles de sedación que existen:

- Sedación mínima: el paciente presenta un nivel de consciencia mínimo, el suficiente como para mantenerse independiente y continuar con una vía aérea permeable, que responde a estimulación táctil y verbal.
- Sedación moderada: es lo que muchos llaman sedación consciente. En este caso el paciente tiene una depresión de la consciencia, pero aún responde a la estimulación y a órdenes verbales. Realiza respiraciones espontáneas.
- Sedación profunda: aquí el paciente presenta una depresión de la consciencia, durante el cual, no puede despertarse fácilmente, respondiendo solo a estímulos repetidos y dolorosos. Puede necesitar asistencia para mantener la vía aérea permeable.

No existe el sedante ideal, pero sí se pueden combinar diferentes fármacos para conseguir el efecto deseado. Por regla general, se administran en perfusión continua, pues los bolos solo son para procedimientos puntuales. A continuación, mencionamos los más empleados y sus principales características:

- Midazolam: es una benzodiazepina de acción rápida, potencia terapéutica elevada y vida de eliminación muy breve. Es un fármaco que atraviesa la barrera hematoencefálica, por lo que tiene una elevada concentración a nivel del sistema nervioso central. Es sedante, hipnótico, ansiolítico, anticonvulsivante y miorrelajante. Entre sus efectos secundarios se encuentran la depresión respiratoria e hipotensión, amnesia, depresión, etc. En sedaciones prolongadas es frecuente que el paciente desarrolle tolerancia, disminuyendo su eficacia terapéutica.

- Propofol: de los más empleados en UCI. Tiene un efecto sedante e hipnótico pero no analgésico. Su apariencia física es blanquecina. Su inicio de acción es muy rápido y tiene una semivida corta. Es ideal para infusión continua, pues es metabolizado rápidamente en el hígado. Algo para tener en cuenta es que se trata de un fármaco lipofílico, por lo que debemos tener especial precaución en pacientes obesos, pues eleva los niveles de triglicéridos y colesterol. Otro de sus efectos secundarios son la depresión respiratoria, bradicardia, hipotensión y el Síndrome de infusión de Propofol, que este último cursa con rabdomiólisis, acidosis metabólica, insuficiencia renal e insuficiencia cardíaca.

- Dexmedetomidina: se trata de un fármaco sedante y analgésico moderado que se está introduciendo cada vez más en diferentes hospitales, aunque en EEUU fue aprobado en 1999. Una de sus principales ventajas es que no provoca depresión respiratoria significativa y tampoco afecta a la respuesta ventilatoria al CO₂, además de carecer efectos cardiovasculares no deseados. Su administración debe ser en perfusión continua y no en bolos. Entre los efectos adversos pueden estar la hipertensión e hipotensión, bradicardia, sequedad de boca y náuseas. Es muy útil en sedación a largo plazo y proceso de destete, para facilitar el despertar. Se ha relacionado menor prevalencia de delirium en pacientes con este fármaco, además de reducir la necesidad de opiáceos.

- Ketamina: es un sedante y analgésico de acción rápida y corta. Actualmente no es muy usado debido a los inconvenientes que tiene, como son las experiencias disociativas al despertar.

- Etomidato: es un fármaco con efecto hipnótico y no analgésico, de acción rápida y con estabilidad hemodinámica, por lo que es muy útil en la secuencia de intubación rápida en pacientes que están en shock. No se recomienda su uso en perfusión continua, pues produce insuficiencia suprarrenal.

Conocer estos fármacos es de vital importancia, pero también lo es conocer las

diferentes escalas que nos ayudan a medir el nivel de sedación en nuestro paciente, con el fin de no llegar a la infra/sobresedación. Entre las más comunes tenemos:

- Escala de Ramsay: desarrollada en 1974 por el médico Michael Ramsey. Ha sido la escala más usada y el patrón de referencia para validar nuevas escalas. Se trata de una escala subjetiva que divide la sedación en 6 niveles, 3 de ellos corresponden a sedación ligera y los otros 3 a mayor profundidad. Una desventaja es que no distingue los niveles de profundidad y niveles de sedación.
- Escala de Richmond Agitation – Sedation Scale (RASS): desarrollada en 1999 por un equipo de profesionales del Hospital Universitario de Richmond, Virginia y validada en 2002. Su fiabilidad y validez se comprobó posteriormente en otros estudios. Es útil en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos e incluye la valoración de la agitación y el delirio (ver imagen 2).
- Escala de Sedation Agitation Scale (SAS): planteada por Riker en 1994 y validada en 1999 en Portland y en posteriores investigaciones. Es la primera escala que es diseñada para pacientes adultos, tanto ventilados como no ventilados artificialmente. Una ventaja es que puede ser empelada por personal sin experiencia.
- Escala de Motor Activity Assessment Scale (MAAS): fue desarrollada y validada en 1999 por el grupo de Clement en Salt Lake City (Utah). Esta escala deriva de la escala SAS. Clasifica a los pacientes críticos a través de su actividad motora, como principal marcador de sedación.
- Monitorización BIS: no se trata de una escala, sino de un parámetro desarrollado a partir del análisis biespectral del electroencefalograma (EEG). Este analiza el patrón de las ondas cerebrales y lo convierte en un número que nos da la profundidad de sedación. Es muy utilizado en quirófano pero su uso se está expandiendo en las UCI para el control del nivel de sedación. El BIS es un número que va desde 100 (paciente despierto) a 0 (paciente totalmente dormido).

Cabe recalcar que las escalas MAAS y RASS son las recomendadas por la Society of Critical Care Medicine. Un estudio en 2009 concluyó que la escala de Ramsay, a pesar de no estar validada actualmente, tiene una fuerte relación con las otras escalas (SAS, RASS y MAAS) que si han sido validadas en investigaciones previas.

Analgesia:

El paciente crítico, a menudo, presenta dolor, tanto por la enfermedad que padece, como los procedimientos a los cuales es sometido para seguir y tratar su enfermedad. El manejo del dolor en la UCI es algo que aún debemos trabajar, pues se reconoce poco, sobre todo en pacientes que no pueden informarnos verbalmente. Por ello, es necesario conocer los analgésicos y las escalas validadas para medir la intensidad del dolor, tanto en el paciente comunicativo como no comunicativo.

Respecto a los fármacos, tenemos:

- Fármacos no opioides: son los de uso común, como el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroides (AINEs). Se recomienda su administración junto a los opioides, pues se ha visto que tienen un efecto sinérgico, permitiendo un ahorro de dosis en estos últimos y mejorando el resultado analgésico.
- Fármacos opioides: son medicamentos que, además de su poder analgésico, tienen efecto antitusígeno e hipnótico. A continuación, mencionamos los más empleados en UCI.
 - Morfina: probablemente, el más común. Se puede administrar en bolo intermitente o mediante perfusión continua. Es metabolizada en el hígado y se excreta por vía renal. Debe emplearse con precaución en pacientes con inestabilidad hemodinámica. Entre sus efectos secundarios se encuentran náuseas, vómitos, sequedad bucal, cefalea, entre otros.
 - Fentanilo: es un opioide sintético 100 veces más potente de que la morfina. Su inicio es rápido y tiene una acción corta. Es muy empleado en el paciente hemodinámicamente inestable.
 - Remifentanilo: es un analgésico y sedante cuyo inicio de acción es muy rápido y también tiene una acción corta. Su metabolismo no se afecta por la existencia de insuficiencia hepática ni renal. Su principal desventaja es que puede causar depresión del centro respiratorio, aún en dosis bajas, por lo que es desaconsejable en pacientes respiratoriamente inestables. Es un fármaco caro pero se ha visto que reduce el tiempo de permanencia en UCI.

Existen diferentes escalas validadas que nos pueden ayudar a evaluar el dolor en los pacientes. Por un lado, tenemos la Escala Visual Analógica (EVA) y la Escala Verbal Numérica (EVN), que son las recomendadas para evaluar el dolor en pacientes conscientes. La escala EVA consiste en una línea horizontal de 10 centímetros en cuyos extremos se encuentran las expresiones faciales que nos indican el nivel de dolor que presenta el paciente. En el caso de la escala EVN, también es muy parecida, pero expresa su percepción del dolor desde el 0 (“no dolor”) al 10 (“mucho dolor”), pudiendo ser hablada o escrita.

Por otro lado, en pacientes sedados e inconscientes tenemos escalas que están basadas en el comportamiento (expresión facial, el tono muscular, los movimientos o la adaptación a la ventilación mecánica) e indicadores fisiológicos (frecuencia cardíaca, tensión arterial, sudoración, taquipnea, etc.), independientemente de la verbalización del paciente. Estas son:

- Behavior Pain Scale (BPS): fue la primera escala conductual creada para pacientes sedados de la UCI. Esta escala validada consta de 3 ítems: expresión facial, movimiento de miembros superiores y la adaptación a la VM. Cada ítem se valora

del 1 al 4, de este modo, la puntuación se encuentre entre 3 (ausencia de dolor) y 12 (máxima intensidad de dolor).

- Escala de Campbell: propuesta por la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Es una escala diseñada no solo para evaluar la presencia de dolor sino para cuantificar su intensidad. Consta de 5 ítems conductuales: musculatura facial, tranquilidad, tono muscular, respuesta verbal y confortabilidad. La puntuación va de 0 (ausencia de dolor) a 10 puntos (máximo dolor). Esta graduación la hace más equiparable a la escala EVA o EVN. Tiene una gran ventaja frente a la BPS, pues cuenta con un mayor número de ítems conductuales. La desventaja es que hay pocos trabajos que la apoyen, además de no estar validada.

- Critical Care Pain Observation Tool (CPOT): validada en Francia en 2005. Es una escala que incluye 4 ítems conductuales: expresión facial, movimiento corporal, tensión muscular y la adaptación al ventilador (pacientes intubados) o la vocalización (pacientes extubados). La puntuación de cada indicador oscila entre 0 y 2, con un rango total de 0 (sin dolor) a 8 puntos (dolor máximo). Es una escala con una elevada fiabilidad y validez.

- The Adult Non-Verbal Pain Scale (NVPS): esta escala fue desarrollada para pacientes de la unidad de quemados y surgió como modificación de la escala pediátrica FLACC. Esta escala va de 0 a un máximo de dolor de 10, lo cual, la hace más fácil de comprender, por la similitud numérica con la escala EVA. La escala NVPS considera la expresión facial, la actividad, las conductas de protección, cambios en signos vitales y otros signos fisiológicos. No se cuentan con estudios que determinen su sensibilidad y especificidad, por lo que su uso es poco extendido, además de no estar validado.

- Escala Sobre Conductas Indicadores de Dolor (ESCID): es una adaptación de la escala de Campbell, desarrollada en 2010 por Latorre Marco. La diferencia se encuentra en que la ESCID sustituye la valoración de la respuesta verbal del paciente por la adaptación a la VM. Consta de 5 ítems conductuales: expresión facial, tranquilidad (movimientos), tono muscular, confortabilidad y adaptación a ventilación mecánica. Aunque es una escala validada, existen pocos estudios sobre ella para valorar su eficacia.

5 Discusión-Conclusión

Tras todo lo expuesto en el cuerpo del capítulo, llegamos a las siguientes conclusiones:

- El paciente de UCI es sometido a diferentes estresores y a procesos que son

necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, pero que muchas veces resultan dolorosos.

- Una gran parte de los pacientes de UCI suelen tener un mal manejo del dolor y como profesionales es algo a lo que no debemos ser indiferentes.
- La analgesia y sedación es fundamental en el tratamiento del dolor y estrés del paciente en UCI. Para ello, es necesario disponer de unas pautas de actuación para el manejo del dolor, agitación y sedación del paciente crítico.
- La terapia sedoanalgésica tiene como objetivo el control del dolor y la disminución de la actividad motora, con el fin de facilitar la realización de diferentes procedimientos o incluso facilitar la ventilación mecánica.
- La administración farmacológica y la monitorización del dolor y sedación requiere de un trabajo en equipo entre el facultativo y el enfermero. Nuestro rol no deja de ser importante, pues somos quienes debemos identificar las características farmacodinámicas, farmacocinéticas, dosis adecuadas y efectos secundarios y colaterales, para brindar un cuidado consciente, responsable y efectivo.
- Una vez instaurado el farmacológico, es importante que como enfermeros conozcamos las diferentes escalas que existen, para poder cuantificar el dolor y la sedación y así, evitar la infra/sobresedación.
- Para monitorizar la sedación, se recomiendan las escalas de RASS y SAS, en pacientes con sedación ligera o moderada y la monitorización objetiva del Índice Biespectral (BIS) en pacientes con sedación profunda.
- Para la evaluación del dolor, existen diferentes escalas en función de si el paciente está consciente o no. En el caso de los pacientes no comunicativos, la literatura científica recomienda la BPS y la CPOT, aunque no hay consenso de cuál de las dos escalas es mejor.
- A pesar de existir diversas escalas validadas y no validadas, no hay estudios suficientes que demuestren cuál es la más idónea. Esta dificultad viene a raíz de las diferentes patologías existentes, pues no todas las escalas valen para todos los pacientes, es decir, se debe individualizar. Es indispensable la realización de nuevos estudios de validez y fiabilidad que permitan un mayor conocimiento de estas escalas y de esta manera, mejorar el manejo y control de la sedación y analgesia.

6 Bibliografía

1. Olmos M, Varela D, Kleln F. Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en cuidados críticos. RMCLC. 2019; 30 (2): 126-139. Disponible

en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-enfoque-actual-de-la-analgesia-S0716864019300215>

2. Polo Morís B, González Fernández A, González Fernández C. Papel de la enfermería en la sedoanalgesia del paciente crítico. NPunto. 2019; 2 (16). Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/16/papel-de-la-enfermeria-en-la-sedoanalgesia-del-paciente-critico#:text=DESARROLLO,Sedaci%C3%B3n%20en%20el%20paciente%20cr%C3%ADtico,paciente%20y%20conseguir%20fin%20terap%C3%A9uticos>

3. Alcántara Carmona S, García Sánchez M. Manejo del paciente con sedación difícil en el ámbito de la Medicina Intensiva. Med Intensiva. 2021; 45 (7): 437-441. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-manejo-del-paciente-con-sedacion-articulo-S0210569120300073#:text=La%20sedaci%C3%B3n%20es%20un%20procedimiento,medio%20considerado%20frecuentemente%20como%20hostil>

4. Laso Ramírez L, Macías Pingarrón JP, Castaño García F, Becerra Cayetano A. Manejo de la agitación y sedación en Unidades de Críticos. ¿Alguna novedad?. Revista Electrónica AnestesiaR. 2020; 11 (11). Disponible en: <https://anestesar.org/2019/manejo-de-la-agitacion-y-sedacion-en-unidades-de-criticos-alguna-novedad/>

5. Nordness MF, Hayhurst CJ, Pandharipande P. Evaluación y manejo del dolor en la unidad de cuidados intensivos. Journal of Pain Research. 2021; 14. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenido=98723>

6. Rivas Riveros E, Alarcón Pincheira M, Gatica Cartes V, Neupayante Leiva K, Schneider Valenzuela MB. Escalas de Valoración de dolor en pacientes críticos no comunicativos: revisión sistemática. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2018; 7 (1). Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v7n1/2393-6606-ech-7-01-57.pdf>

7. Barrear Lahoz N, Herrero Gadea A, Córdova Matute P, Gallardo Gimeno J, Francés Claudio E, Valero Sánchez M. Escala de sedación RASS. 2020. Revista electrónica de Portales Médicos. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/escala-de-sedacion-rass/>

8. Miranda Roy N et al. Escala de sedación Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). Ocronos. 2021; 4 (10): 156. Disponible en: <https://revistamedica.com/richmond-agitation-sedation-scale/>

Capítulo 119

FISIOPATOLOGÍA EN EL PACIENTE QUE SUFRE UN GRAN QUEMADO

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

MERCEDES HONRADO PRADILLO

RAQUEL HERVÁS DÍEZ

CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA

ELENA CUENCA SÁNCHEZ

1 Introducción

Una quemadura se define como una herida traumática de la piel que se produce cuando se absorbe más calor del que puede tolerar los tejidos corporales. De ahí, un quemado crítico es aquel paciente que por la etiología, localización, profundidad u otras características particulares que las quemaduras presentan es susceptible a ser ingresado en una Unidad de Quemados para su tratamiento intensivo. Las quemaduras se pueden clasificar en función de varios criterios: uno de ellos es el factor provocante, según esto pueden ser provocadas por una llama (cuando se asocia a la exposición de gases inflamables), escaldadura (contacto con líquidos), químicas (provocada por sustancias necrotizantes como son los ácidos o álcalis) y aquellas quemaduras por corriente eléctrica.

Depende de su profundidad se clasifican en diferentes grados:

- Primer grado: son aquellas que afectan a la epidermis, son dolorosas y presentan un color rojizo.

- Segundo grado: afectan a la epidermis y a la dermis subyacente, aparecen flictenas dolorosas que permanecerán en la dermis durante unas semanas.
- Tercer grado: son quemaduras de gran profundidad, secas y de color blanco. No son dolorosas, ya que se han dañado las terminaciones nerviosas.
- Cuarto grado: en este caso afectan a todas las capas de la piel, aparato locomotor e incluso órganos internos. Provoca deformidades.

Se han de tomar los criterios de clasificación de las quemaduras una vez que hayan pasado 48h después de producirse.

Para definir la extensión de la quemadura existen diferentes reglas que la determinan; así pues, la regla de los 9 de Wallace (divide las partes del cuerpo en porcentajes de 9), Lund y Browder (relaciona la quemadura con la edad, sobre todo en niños).

2 Objetivos

Con la elaboración de este capítulo nos planteamos los siguientes objetivos:

- Definir y conocer los diferentes grupos de quemaduras.
- Clasificar los diferentes estadios de una quemadura.
- Describir los cuidados, tratamiento y actividades de enfermería.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica cuya búsqueda se ha centrado en distintas bases de datos como son PubMed, Scielo, Cochrane. Aparte se ha realizado una búsqueda genérica en Google Académico y se han seleccionado aquellos artículos publicados en castellano e inglés, restringiendo el periodo de búsqueda en los últimos diez años.

4 Resultados

El paciente que presenta un gran quemado es considerado como un tipo más que sufre un politrauma, además, se le añaden unas características propias a las quemaduras como son: pérdida de la integridad cutánea, daño tisular, pérdida de líquidos, mal acceso venoso que todo ello hace que aumente el riesgo de infecciones.

La valoración que requiere este paciente consta por una parte una evaluación primaria siguiendo el método ABCDE por sus siglas en inglés (Airway, Breath-

ing, Circulation, Disability y Expose). Y otra fase que es la reanimación hemodinámica.

En la recuperación de la quemadura podemos distinguir diferentes fases: a) Fase de resucitación o fase de reposición hidroelectrolítica: suele durar 1 – 2 días después de la quemadura b) Fase aguda = Fase de reabsorción de edemas o fase diurética: suele durar 3 – 4 días postquemadura. c) Fase de recuperación suele durar en torno a 1 mes o el tiempo que el paciente su evolución hiciera falta. Eso se puede alargar si el paciente necesita alguna intervención quirúrgica.

Las alteraciones que se producen son las siguientes:

Sistema cardiovascular:

Supone una pérdida de líquido continua:

- Disminución del volumen vascular
- Disminución del gasto cardíaco: por disminución del retorno venoso.
- Disminución presión arterial

Pérdida de líquido: 24 – 36 horas:

- Capilares recuperan su integridad
- Shock por quemadura se resuelve
- Líquido regresa al compartimiento vascular

Esto se consigue con un abordaje terapéutico intenso. Si se deja evolucionar el shock llegará a fase irreversible.

Sistema respiratorio:

- Quemaduras de las vías respiratorias altas: que producen formación de edema y obstrucción de la vía aérea.
- Lesión por inhalación: lesión a nivel alveolar por la formación de edema. No se producirá el intercambio de oxígeno hacia el sistema vascular, por lo tanto, la ventilación se ve comprometida. Normalmente, surge la complicación de la neumonía, si el paciente ya cursaba con patología respiratoria anterior surge inmovilidad, aumento de la flora bacteriana (porque no hay piel) y debilidad fisiológica.

Sistema urinario:

1. Complicación: necrosis tubular aguda debido a una obstrucción debido a la destrucción de la Hb.
2. Flujo sanguíneo renal está disminuido
3. Isquemia renal que si no se corrige se puede llegar a un IRA (Insuficiencia renal aguda).

Otras respuestas generales:

- Pérdida de integridad de la piel y, por tanto, el control de termorregulación está alterado. Estos pacientes están hipotermos.

- Disminuyen la motilidad intestinal ocasionando íleo paralítico o úlceras gástricas o duodenales por el estrés metabólico que se produce. ´
- Si el hipotálamo está afectado encontraremos al paciente en hipotermia y posteriormente en hipertermia para contrarrestar el daño tisular.
- Liberación de factores inflamatorios anormales
- Alteración de las concentraciones de inmunoglobulinas
- Alteración de la función de neutrófilos
- Reducción de linfocitos
- Dejarán al paciente en una situación de inmunodeficiencia, sus resistencias a la infección están disminuidas.

Los cuidados por parte de los profesionales de enfermería en el paciente crítico son los siguientes:

Objetivos de la cura:

- Limpieza y desbridamiento de la herida
- Minimizar la destrucción adicional de piel viable
- Promover la reepitelización de la herida y/o el éxito del injerto cutáneo
- Proporcionar bienestar al paciente.

Valoración inicial:

- Detectar signos de infección
- Vigilar la epitelización del tejido
- Observar el proceso de mejora o curación

Realización de cura:

Limpieza y desbridamiento de la herida.

- Eliminar los tejidos contaminados por bacterias y otros cuerpos extraños
- Eliminar tejidos desvitalizados o escaras (desbridamiento quirúrgico).
- Se realiza en camillas – bañera.
- Siempre se realiza limpieza ante signos o síntomas de infección.

Cobertura de la quemadura:

- Grado relativo de humedad
- Absorbiendo el exceso de exudado
- Requiera el mínimo número de cambios. o Nitrato de plata: no requiere cambios (48 h), buen control antibacteriano. o Sulfadiazina argéntica: requiere cambios cada 24 horas. o Apósitos biológicos: muy utilizados en niños.

Apósitos biosintéticos (con materia a partir de cerdo):

- Aspecto de la herida
- Relación coste-beneficio
- Disminuir al máximo los cambios de apósito.

- Extensión de superficie corporal quemada
- Experiencia del enfermero.
- Resultados esperados
- Utilizados en quemaduras muy extensas, quemaduras que afectan a articulaciones y pies (tanto en niño como en adulto).
- Para la sujeción de apósitos: NO realizar vendaje compresivo porque limita la perfusión tisular. Se utilizan mallas de red para la fase aguda, ya que facilitan la extensión de la extremidad afectada por el edema. Pero en fases posteriores debemos facilitar la movilidad de dedos y articulaciones; recurrimos a mallas tubulares elásticas.

Otros cuidados de zonas quemadas:

- Extremidades superiores mantenerse en cabestrillo
- Extremidades inferiores elevadas y en reposo, preferiblemente en hiperextensión para evitar retracciones en la cicatrización.
- Lesión afecta articulaciones
- Epitelizada la lesión aplicar cremas hidratantes

TRATAMIENTO Y ACTIVIDADES:

Para el dolor: analgesia:

- El dolor también se puede producir por la manipulación o aseo del paciente.
- Fármaco de elección se utiliza cloruro mórfico I.V, ya que la vía subcutánea no es efectiva a causa de los trastornos existentes en la permeabilidad capilar.
- Un dolor menos intenso puede tratarse con Antiinflamatorios no esteroideos (AINES).
- En caso de sedación del paciente quemado, los fármacos más utilizados con las benzodiacepinas y anestésicos generales. La dosis se administra según la edad y peso del paciente, y estado respiratorio del paciente porque estos fármacos tienen un efecto de depresión del centro respiratorio (valorar intubación).

En general:

- Administración de fármacos. Inmunización antitetánica.
- Controles analíticos, Rx, Electrocardiograma (ECG), Endoscopia
- Higiene: riesgo de autoinfección de las heridas. Ya que la defensa de la piel es inexistente.

Actividad, reposo y sueño:

- Mantener la cabecera de la cama elevada 30-40°, sobre todo en quemaduras que afectan a la cara y el cuello, para favorecer drenaje postural y eliminación de edemas.
- Movilizaciones activas y pasivas: realizada por el propio paciente (activa) y realizada por el personal sanitario (pasiva). Favorezco el proceso de cicatrización,

disminuye los efectos de la inmovilidad y recuperación temprana.

- Cambios posturales. Prevenir aparición de Úlceras por Presión (UPP) y evitar agravar la profundidad de la lesión en los puntos de apoyo. Porque si el punto de apoyo, el grado de profundidad de la quemadura va a aumentar.

Tratamiento quirúrgico de quemaduras: Retirada del espesor del tejido necrosado y posterior cobertura de la zona cruenta resultante con injertos cutáneos (homoinjertos), material biosintéticos o colgajos. RETIRAR ESCARAS (desbridamiento quirúrgico hasta fascia o tejido subcutáneo dependiendo de la profundidad de la quemadura).

Valoración de la cura:

- Estabilidad del injerto: normalmente se adhiere a los 7 días. Hay veces que la zona injertada es una zona de movilidad, para evitar que se mueva el injerto se pueden recurrir a férulas de inmovilización. Pero después el paciente necesitará rehabilitación.

- Aspecto general
- Drenaje de los posibles hematomas
- Aspecto general de la herida

Autoinjerto: obtengo piel sana de otra zona del cuerpo no afectada. Se extrae una lámina con un dermatomo que se coloca en la zona cruenta que se fija con puntos de sutura. El apósito de cobertura tiene que ser antiadherente, que absorba el exudado y antibacteriano. En la zona donante queda una herida sangrante y exudativa, requiere un vendaje ligeramente compresivo. Dejan pocas secuelas y epitelizan bien.

Homoinjerto de cadáver: mediante trasplante y donación de órganos.

Colgajos: Transferencia de tejido vivo y sano de una zona del cuerpo a otra zona que ha perdido piel, tejido muscular y/u óseo.

Cirugía de urgencia: la diferencia entre ambas es la profundidad de la incisión.

- Escarotomías: incisión de todo el espesor de la escara producida por la quemadura, hasta el tejido adiposo, para descomprimir y mejorar la perfusión de los tejidos.
- Fasciotomía: incisión longitudinal de la fascia subyacente.

Signos y síntomas de alerta para la realización de una escarotomía:

- Adormecimiento y hormigueo distales.
- Cianosis y disminución del llenado capilar
- Desaparición de pulsos distales
- Dolor en músculos y tejidos profundos
- Dificultades respiratorias

5 Discusión-Conclusión

El paciente que presenta un gran quemado es considerado como un paciente con un politrauma, es importante realizar una buena valoración con el método ABCDE haciendo especial mención en la vía aérea y el estado circulatorio del paciente.

La realización de unos buenos cuidados será un condicionante positivo para una mejor recuperación y evolución del estado del paciente. De ahí, hay que resaltar el papel que tiene la enfermería en este paciente, ya proporcionara una atención correcta reduciendo el dolor y la contaminación de las heridas, mitigará los síntomas y ayudará a la cicatrización de las heridas entre otros.

Existen diferentes abordajes en cuanto al tratamiento, pero aun así debemos de individualizarlo según las necesidades del paciente.

6 Bibliografía

- 1.National Association of Emergency Medical Technicians. PHTLS: Soporte vital básico y avanzado en el trauma prehospitalario. 8ª ed. México: Intersistemas; 2016.
- 2.Marín S. Tratamiento de las quemaduras térmicas: medidas básicas de evacuación y traslado en un gran quemado. Pulso [Internet]. 2017 [consultado el 25 de enero de 2018]; (90):33-39. Disponible en: https://issuu.com/colegioenfermerianavarra/docs/pulso_90.
- 3.García FJ, Herrera F, García JL, Velázquez R, Picó S. Manejo y reanimación del paciente quemado. Emergencias y Catástrofes [Internet]. 2000 [consultado el 5 de febrero de 2018]; 1(4): 217-224. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manejo%20y%20reanimacion%20del%20paciente%20quemado.pdf>.
- 4.Sánchez M, García A. Fluidoterapia en los pacientes quemados críticos. Infocolloids [Internet]. 2011 [consultado el 10 de febrero de 2018]; (11): 1- 19. Disponible en: <https://clea.edu.mx/biblioteca/FLUIDOTERAPIA-ENLOS-PACIENTES-QUEMADOS-CR%C3%8DTICOS.pdf>.

Capítulo 120

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

LORENA LORENTE GARCÍA

VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ

IRENE LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN

BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO

VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

En este capítulo se va a tratar de exponer de forma general qué es una enfermera de urgencias hospitalarias, cuáles son sus funciones y a su vez analizarlas, además se planteará si se necesitan unas cualidades personales y profesionales específicas para ejercer este trabajo.

Como es sabido, desde el ámbito de enfermería se está trabajando para conseguir que se cree la especialidad de Urgencias y Emergencias. Entidades como La Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE), la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE), entre otras apoyan este requerimiento, ya que consideran que esta área debe contar con una formación que cualifique a los profesionales que se van a dedicar a esta área tan fundamental de la sanidad.

La finalidad de esta reivindicación es conseguir que se garantice la formación específica de unos profesionales tan esenciales en la sanidad. Ya que se trata de

personal que desempeñan funciones complejas y específicas. Todo ello redundará en una atención de calidad y eficacia a los pacientes.

En definitiva, se trata de hacer una reflexión que suponga una mejora en los cuidados que lleva a cabo una enfermera, dentro del Servicio de Urgencias y las circunstancias del personal que trabaja en el mismo.

2 Objetivos

- Definir qué es la enfermería de urgencias hospitalarias.
- Conocer las funciones que llevan a cabo las enfermeras en el Servicio de Urgencias.
- Reparar en la relevancia de las urgencias y de su personal.

3 Metodología

Para llevar a la práctica este artículo se ha desarrollado una revisión bibliográfica narrativa sobre la enfermería en el Servicio de Urgencias. Primeramente, se realizó una búsqueda de documentos primarios de solo lectura sobre el tema para obtener información general a cerca de las actuaciones de las enfermeras en urgencias para resolver dudas y aclarar conceptos. Posteriormente recorrí las distintas bases de datos, que se mostraran a continuación, con el fin de recopilar la información necesaria para elaborar la revisión bibliográfica.

Para llevarlo a cabo se ha realizado una búsqueda sistematizada de información en diversas bases de datos, unas multidisciplinarias como Dialnet y Scielo. También se ha utilizado el buscador Google Académico, bases de datos como MedlinePlus y se han consultado diversas páginas oficiales.

4 Resultados

Las enfermeras de urgencias son aquellas profesionales que se encargan de la primera y más inmediata atención cuando un paciente llega al centro hospitalario. Es un servicio de vital importancia en muchas ocasiones y suelen darse situaciones de gran responsabilidad y estrés.

También las enfermeras de urgencias son un apoyo imprescindible a los médicos a lo largo del diagnóstico y tratamiento de los pacientes críticos. Lo que conlleva una gran responsabilidad en momentos vitales de las personas que acuden al servicio de urgencias de un hospital.

A continuación, voy a describir las funciones más habituales que lleva a cabo el personal de enfermería en las urgencias que son: información, triaje del paciente y cuidados propios de enfermería.

En primer lugar, hablar de la admisión, que es el momento en que llega el paciente y se registran sus datos.

A continuación, se pasa al triaje de enfermería, que es un cribado que determina el protocolo de atención que ordena la prioridad en que se atiende a los pacientes. A la llegada del paciente a la consulta de enfermería de triaje se comprueba el nombre, su historial clínico y se detallan las causas de la visita, para poder derivar al paciente a la especialidad médica correspondiente. Hay varios modelos de triaje, pero el más utilizado en España es el Manchester. En el que se ordena desde:

- Nivel 1, reanimación o color rojo (atención inmediata)
- Nivel 2, emergencia o color naranja (diez- quince minutos de espera)
- Nivel 3, urgencia o color amarillo (sesenta minutos de espera)
- Nivel 4, urgencia estándar o color verde (dos horas de espera)
- Nivel 5, no urgente o color azul (cuatro horas de espera)

Una vez se identifica la prioridad en función de la dolencia y gravedad se inician las atenciones propias de enfermería, de entre las que destacamos las siguientes por su importancia: estabilizar a los pacientes y ubicarlos en el lugar adecuado, derivar al especialista correspondiente, realizar las pruebas diagnósticas que requieren los médicos, vigilar la evolución de los enfermos así como administra la medicación, abrir expedientes y registrar los datos diagnósticos y por último servir de apoyo tanto al enfermo como a los familiares.

5 Discusión-Conclusión

Pera finalizar este artículo me gustaría poner en valor el trabajo que realizan las enfermeras en el servicio de urgencia de nuestros hospitales, garantizando los cuidados del paciente en situaciones críticas.

Además, hay que tener presente que su trabajo es de los más complicados dentro del mundo de la sanidad, ya que deben contar con los conocimientos, las capacidades y las destrezas necesarias para atender situaciones de estrés y de gran responsabilidad.

Y por último destacar, que a pesar de las dificultades que encuentran, los profesionales que desempeñan su labor en las urgencias son en su mayoría enfermeras vocacionales, con una formación excelente y un grado de implicación en su trabajo envidiable. La capacitación y profesionalidad de este colectivo nace de su propia exigencia en el trabajo que desempeñan. Y que deben tener unas cuali-

dades personales y aptitudes especiales como ser personas serenas y capaces de mantener la calma en situaciones estresantes, contar con una capacidad de decisión y una flexibilidad que les permita resolver cualquier imprevisto y tomar decisiones rápidas y eficaces que salvan vidas.

6 Bibliografía

1. Bibiano Guillen C. Manual de Urgencias Hospital Universitario Infanta Leonor. Ed. SANED. Madrid. 3ª ed. 2018
2. Díaz Chicano, J.F. 2005. LA ENFERMERA DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN. Enfermería Global. 4, 1 (may 2005). DOI:<https://doi.org/10.6018/eglobal.4.1.505>.
3. Soler W., Gómez Muñoz M., Bragulat E., Álvarez A.. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2010 [citado 2023 Oct 16] ; 33(Suppl 1): 55-68. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es.
4. Julián Jiménez A. Manual de Protocolos y Actuación en URGENCIAS. Servicio de Urgencias Hospital Virgen de la Salud Complejo Hospitalario de Toledo. Ed. SANED. 4ª ed. 2015.

Capítulo 121

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES QUEMADOS

LORENA LORENTE GARCÍA

VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ

IRENE LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN

BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO

VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Una quemadura es una lesión provocada en el tejido epitelial u otro tejido ocasionado por calor, electricidad, radiación, fricción o contacto con productos químicos.

Un paciente se debe considerar quemado crítico o gran quemado cuando se da alguna de las siguientes circunstancias:

- En adultos cuando la superficie corporal quemada es superior al 20%
- Todas las quemaduras eléctricas sin depender de su profundidad o extensión, ya que se pueden dar problemas no detectados en el primer contacto como lesiones neurológicas, cardíacas o un síndrome compresivo en extremidades o tronco.
- Todas las quemaduras provocadas por inhalación.
- Quemaduras situadas en “zonas especiales”: cabeza, cara, axilas, codos, manos, rodillas y genitales. Independientemente de su extensión y profundidad debido a la posibilidad de quejar secuelas funcionales o estéticas de gravedad.

- En niños menores de 14 años o adultos de más de 60 quemaduras dérmicas profundas o subdérmicas en más de un 25% de la superficie corporal en cualquier localización.
- En adultos de entre 14 y 60 años, quemaduras dérmicas profundas o subdérmicas en más de un 33% de la superficie corporal.
- Pacientes con patología previa importante como diabetes, Hipertensión arterial (HTA)...

Las quemaduras se clasifican según su gravedad de la siguiente forma: de primer grado las situadas en la epidermis, de segundo grado superficial las situadas en el tejido dérmico papilar, de segundo grado profundo las que están en la dermis reticular y las de tercer grado son dérmicas profundas con afectación de glándulas sebáceas, folículo piloso y terminaciones nerviosas.

2 Objetivos

- Describir la actuación por parte del equipo de enfermería dependiendo del tipo de quemadura según su profundidad, extensión, localización y causa.

3 Metodología

Este artículo es una revisión bibliográfica narrativa sobre las quemaduras tratando sus diferentes aspectos. Para comenzar se ha realizado una búsqueda de documentos de solo lectura para obtener información general sobre el tema y resolver dudas. Después se ha consultado diferentes bases de datos con el fin de recopilar la información necesaria para elaborar la revisión bibliográfica.

Para llevarlo a cabo se ha realizado una búsqueda sistematizada de información en diversas bases de datos, unas multidisciplinares como Dialnet, así como otras específicas de Ciencias de la Salud como PUBMED y la Biblioteca Cochrane Plus. También se ha utilizado el buscador Google Académico y bases de datos como MedlinePlus.

4 Resultados

En primer lugar, se van a describir los tipos de quemaduras según su profundidad de menor a mayor grado. Las quemaduras de primer grado afectan a la epidermis, son superficiales y resultan dolorosas. Se ven como lesiones eritematosas, levemente inflamatorias y que tardan en curar en torno a 5 días. Las más comunes

son las de origen solar y las escaldaduras por agua.

Las quemaduras de segundo grado se subdividen en dos tipos, las superficiales y las profundas. Las superficiales afectan a la dermis papilar y también son dolorosas. Suelen aparecer flictenas, edema y son de aspecto rosáceo. Su curación se da en torno a los 14 a 21 días y en ocasiones dejan secuelas de despigmentación. Las profundas afectan a la dermis reticular, pudiendo afectar al folículo piloso y a las glándulas sebáceas. Son menos dolorosas con aspecto pálido y moteado. Tardan más en curar y si a los 21 días no hay tejido epitelial hay que desbridar e injertar. Siempre aparece despigmentación cutánea tras su curación.

Las quemaduras más profundas son las de tercer grado con afectación de la dermis profunda y también afectación subdérmica. El paciente no refiere dolor debido a la afectación de las terminaciones nerviosas, además del resto de los anejos cutáneos. Se distinguen por la formación de una escara de consistencia apergamizada y de color blanquecino. Es obligado un tratamiento quirúrgico de urgencias. En segundo lugar, se van a describir los tipos de quemaduras según su extensión, existiendo varios métodos para su cuantificación, los más utilizados son los que pasamos a revisar de manera resumida.

La regla del nueve o de Wallace se usa frecuentemente para valorar grandes superficies de una forma rápida. En adultos las puntuaciones otorgadas son de 9% para la cabeza y cuello y para cada miembro superior. De 1% para la zona genital y de 18% para el pecho, cada miembro inferior y para la espalda. En el caso de los niños son diferentes los porcentajes, puesto que se debe tener en cuenta que la proporción superficial craneal respecto de los miembros inferiores es mayor.

El método de la palma de la mano del paciente, en el cual la superficie de la mano del enfermo con los dedos incluidos vale un 1% de la superficie corporal.

La regla de Lund and Browder Chart en la cual se proporciona un % diferente a cada parte del cuerpo y sumando todas ellas conocen la superficie total de quemada. Es la más utilidad en pacientes pediátricos.

Cuando la superficie quemada medida con cualquier método es igual al 20% o lo supera, se considerará al enfermo un paciente crítico.

En tercer lugar, hay que tener en cuenta la localización de las quemaduras porque hay áreas críticas que necesitan un tratamiento especial como la cara y el cuello por las estructuras que contienen destacando ojos, nariz y boca y el cuello por la importancia de la permeabilidad de las vías aéreas. Los pliegues de flexo extensión como axilas, codos, rodillas y manos por su funcionalidad y la zona genital.

En último lugar, también hay que conocer el causante de la quemadura, pueden ser de causa química las cuales hay que limpiar bien pinchando y recortando las

flictenas, dependiendo del producto puede ser ácido o alcalinos, algunos tienen antídoto. Otra causa es la electricidad, en las cuales se observan normalmente pocos daños externos con un orificio de entrada y otro de salida. El mayor problema es el daño interno que producen, puesto que los músculos, nervios y vasos son buenos conductores eléctricos, casi siempre son considerados pacientes críticos y se tienen al menos 24h en observación. Además, pueden ser de causa térmica producida por líquidos calientes, llamas, gas inflamable o por frío. Y por último las producidas por radiación como rayos ultravioleta, infrarrojos...

5 Discusión-Conclusión

El paciente quemado es un enfermo crítico en el cual se pueden ver afectados uno o varios órganos, por lo tanto, el papel del personal de enfermería en su cuidado y recuperación es esencial.

Hay que realizar una buena valoración enfermera conociendo los datos subjetivos como la presencia de dolor, la causa de la quemadura, el lugar donde se produjo, cómo y cuándo se ha desarrollado el incidente y si se ha aplicado algún cuidado sobre la zona.

También debemos llevar a cabo un buen examen físico conociendo los datos objetivos como edad del paciente, la profundidad de la quemadura, la extensión, la localización y las características más relevantes de la misma.

6 Bibliografía

1. Pérez Boluda M, Martínez Torreblanca P, Pérez Santos L, Cañadas Núñez F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras [Internet]. Portal.guiasalud.es. 2011 [citado el 7 de octubre de 2023]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf.
2. Zapata Sirvent RL, Acquatella M. Clasificación de las quemaduras y agentes etiológicos. En: Zapata Sirvent RL, Jiménez Castillo CJ, Besso J, editores. Quemaduras. Tratamiento Crítico y Quirúrgico. 2ª Edición. Caracas: Altrepoca; 2005. p. 15-18.
3. Investigación RS. A propósito de un caso: plan de cuidados de enfermería en el paciente quemado en unidades de cuidados intensivos [Internet]. Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado 8 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/a-proposito-de-un-caso-plan-de->

cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-quemado-en-unidades-de-cuidados-intensivos/.

4. Culleton AL, Simko LM. Cuidados en los pacientes quemados. Nursing [Internet]. 2014 [citado el 9 de octubre de 2023];31(3):28–36. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-cuidados-pacientes-quemados-S0212538214000855>.

Capítulo 122

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL

LORENA LORENTE GARCÍA

VANESSA JIMÉNEZ LÓPEZ

IRENE LÓPEZ DE LA CONCEPCIÓN

BEATRIZ CASTILLO MONTEAGUDO

VANESA MARTÍNEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad metabólica de los hidratos de carbono producido por un mal funcionamiento de los islotes de Langerhans ubicados en el páncreas. Estos islotes son los encargados de producir insulina, que es la hormona encargada de controlar que la glucosa entre en las células y pueda usarse en forma de energía.

Durante el embarazo se pueden dar dos tipos de diabetes: la diabetes pregestacional subdividida en tipo I y II y la diabetes gestacional.

La diabetes pregestacional es aquella ya diagnosticada antes del embarazo. La de tipo I es la que aparece normalmente en niños o adolescentes y es insulino dependiente. La diabetes tipo II se diagnostica ya en edad adulta y al principio no suele ser insulino dependiente.

La diabetes gestacional es una enfermedad que aparece durante el embarazo, habitualmente en torno a las 24-28 semanas de gestación. Puede ser insulino dependiente o no, en función del grado y suele desaparecer una vez finalizado el embarazo.

El 90% de los casos suele ser una diabetes gestacional frente al 10% restante que es pregestacional.

Se está observando un aumento en los últimos años de mujeres embarazadas con diabetes gestacional, que puede deberse a varios factores de riesgo, entre los que destacaríamos edad materna superior a 35 años, obesidad, familiares de primer grado con diabetes, toma de medicamentos hiperglucemiantes e historia obstétrica pasada de niños macrosómicos, abortos de repetición o diabetes e hipertensión gestacional.

2 Objetivos

- Conocer las pruebas necesarias para diagnosticar la diabetes mellitus en embarazadas.
- Identificar las complicaciones derivadas de la diabetes gestacional.
- Describir los cuidados a brindar en embarazadas diabéticas por parte de la enfermería.

3 Metodología

Este artículo consiste en una revisión bibliográfica narrativa sobre la diabetes gestacional. Primeramente, se realizó una búsqueda de documentos primarios de solo lectura sobre el tema para obtener información general a cerca de la diabetes para resolver dudas y aclarar conceptos. Posteriormente, recorrí las distintas bases de datos, que se mostraran a continuación, con el fin de recopilar la información necesaria para elaborar la revisión bibliográfica.

Para llevarlo a cabo se ha realizado una búsqueda sistematizada de información en diversas bases de datos, unas multidisciplinarias como Dialnet y Scielo. También se ha utilizado el buscador Google Académico, bases de datos como MedlinePlus y se han consultado diversas páginas oficiales.

4 Resultados

El diagnóstico de diabetes gestacional será irrefutable si en la primera toma de contacto la paciente ya cumple criterios de diabetes mellitus, sin necesidad de pruebas adicionales. En caso contrario se realizará el test de O'Sullivan, dicho test se pasará en las primeras semanas de gestación en mujeres de riesgo y en torno a las 24-28 semanas para el resto.

Esta prueba consiste en la toma de 50 gramos de glucosa y tras una hora medir la glucemia en plasma sanguíneo, si esta fuera igual o superior a 140 mg/dl se daría como patológica y deberíamos llevar a cabo una segunda prueba denominada sobrecarga oral de glucosa (SOG). Para la cual la paciente tiene que ayunar entre 8-14 horas previas, se extraerá una analítica sanguínea y se procederá a la administración oral de 100 gramos de glucosa, se volverá a extraer sangre pasada 1, 2 y 3 horas. Si el valor de la glucemia está alterado por encima de los baremos especificados, posteriormente en dos o más tomas se diagnosticará diabetes gestacional.

- Basal: ≥ 105 mg/dl
- 1 hora: ≥ 190 mg/dl
- 2 horas: ≥ 165 mg/dl
- 3 horas: ≥ 145 mg/dl

Las complicaciones derivadas de la diabetes durante embarazo pueden afectar tanto a la madre como al feto y al neonato. En el caso de la madre se puede dar hipertensión arterial, desencadenando en una preeclampsia, amenaza de aborto, parto prematuro, hidramnios e infecciones urinarias.

Con respecto al feto podemos encontrar muerte intrauterina, malformaciones congénitas, alteraciones del crecimiento y falta de madurez, sobre todo pulmonar. Y por último, los neonatos pueden presentar alteraciones metabólicas como hipoglucemias, hiperbilirrubinemia...

Los cuidados y la educación que se ofrecen a la paciente diabética han de tener en cuenta aspectos tan importantes como la información de la repercusión que puede tener la DMG sobre su salud y la del feto, enseñar a tener un buen control glucémico a través de hábitos de vida saludables como una alimentación adecuada y la realización de ejercicio físico y si fuera necesario asesorar sobre la administración de insulina de forma terapéutica.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes en embarazadas es primordial que sea diagnosticada de la forma más temprana posible para así poder disminuir al máximo la morbimortalidad tanto de la madre como del niño. Para ello, el papel de la enfermería es crucial, ya que es una de las piezas claves en el seguimiento de las madres gestantes.

En la sociedad actual es una patología cada vez más común debido a que las mujeres cada vez retrasan más la natalidad, además de tener hábitos de vida poco saludables como el sedentarismo, el estrés, la mala alimentación... Todos estos son aspectos mejorables desde la educación para la salud ofrecida por parte del personal de enfermería.

6 Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10
2. Bugatto F, López C, Acosta D, Ballesteros M, Bandres MO, Bartha JL. Diabetes Mellitus y Embarazo. Guía práctica clínica actualizada. SED GEDE. 2020;99.
3. Aguilar Paris M, López Rodríguez MM. Actuación de enfermería en la diabetes gestacional. *Therapeía: estudios y propuestas en ciencias de la salud* [Internet]. 2019;12: 87–101. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7156561>.
4. Federación Internacional de Diabetes [Internet]. 2023. Disponible en: <https://idf.org>
5. Vásquez Morán BA, Díaz Soledispa MM, Zurita Desiderio MJ, Coello Llerena MF. Cuidados de enfermería en pacientes con diabetes gestacional. *Dominio de las ciencias*. 2022;8(3):91-106.
6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2023. Disponible en: <https://sego.es>.

Capítulo 123

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA EN URGENCIAS

ELENA CUENCA SÁNCHEZ

MERCEDES HONRADO PRADILLO

RAQUEL HERVÁS DÍEZ

MARÍA MUÑOZ CARRETERO

CARMEN MARÍA RIVAS SÁNCHEZ - MEDINA

1 Introducción

Los servicios de urgencias se caracterizan por acoger numerosos problemas de salud, que pueden llegar a suponer un riesgo considerable en la vida los pacientes que acuden a ellos. Con el objetivo de optimizar la atención, es preciso un entrenamiento por parte de los profesionales de la salud a cargo, y con él obtener conocimientos y destrezas que influirán en el pronóstico de la enfermedad.

Ante una urgencia médica, el primer paso a seguir es comprobar el estado de la función respiratoria del paciente. La intubación endotraqueal es una técnica muy empleada hoy en día, ya que con ella se consigue mantener abiertas las vías respiratorias, permitiendo así suministrar el oxígeno necesario para su supervivencia, además de ser un método alternativo para la administración de med-

icación hasta conseguir otros más adecuados, como una vía periférica. Este procedimiento puede llevarse a cabo tanto en situaciones con un riesgo controlado, como en la inducción de la anestesia en un quirófano, o en una unidad de cuidados intensivos; o bien en circunstancias en las que retrasar la atención sería perjudicial, como, por ejemplo, en el tratamiento de politraumatizados en el ámbito prehospitalario y hospitalario. Pese a que suele realizarlo un facultativo, debido a su elevada complejidad surge la necesidad de la intervención de un equipo de Enfermería cualificado para ello.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Formar a los profesionales de enfermería sobre la secuencia de intubación rápida en situaciones de urgencia.

Objetivos secundarios:

- Proponer una serie de intervenciones recomendables por parte de la enfermería.
- Detallar las etapas de la intubación endotraqueal.
- Advertir sobre las posibles complicaciones.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica mediante una búsqueda en Google Académico, además de en otras bases de datos, como Pubmed o ScieLo.

Las palabras claves empleadas han sido “secuencia de intubación rápida”, “Enfermería” y “vía aérea difícil”, y sus equivalentes al inglés, y se añadieron los operadores booleanos “AND” y “OR”. Además, se estableció un límite de fechas de publicación de 2018 a 2023, para garantizar la información más actualizada hasta el momento. Se encontraron numerosos artículos haciendo referencia a la intubación endotraqueal y sus cuidados en servicios de cuidados críticos, por lo que, al no estar enfocados en la temática elegida para este estudio, se añadió la palabra “urgencias” a la segunda búsqueda. Con ella se hallaron 10 artículos que hacían referencia al tema tratado; sin embargo, tras una revisión más detallada de ellos, se descartaron 5 por tener una estructura y contenido muy similares.

4 Resultados

La secuencia de intubación rápida, o SIR, es el medio indicado para aislar y mantener las vías respiratorias permeables en aquellos casos en los que los pacientes tienen un riesgo alto de broncoaspiración a causa de numerosos factores, siendo el más común la falta de ayuno de los pacientes a la hora de realizar este procedimiento.

Algunas de las indicaciones para realizar la SIR son:

- El paciente tiene el estómago lleno o se desconoce cuántas horas lleva sin comer.
- Traumatismo abdominal.
- Embarazo.
- Enfermedades neurológicas.
- Obstrucción intestinal.
- Lesiones en la vía aérea, etc.

Valoración inicial:

En esta etapa del proceso asistencial, enfermería realizará una rápida revisión al estado general del paciente, prestando especial atención a aspectos como:

- El nivel de consciencia, pudiendo emplear la escala de Glasgow. Una alteración en este estado es también una indicación para la SIR.
- La función respiratoria. Mediante un examen físico se detectarán cambios o alteraciones en ella, teniendo en cuenta factores como la expansión torácica o la presencia de cianosis en la piel.
- Las constantes vitales. Se deberán observar atentamente no solo en la valoración inicial del paciente, sino también durante todo el tratamiento, ya que informarán sobre las necesidades fisiológicas del paciente y la gravedad de su estado.
- La conducta del paciente. Puede presentar confusión o agitación en caso de estar consciente, dificultando la asistencia. Se ofrecerá apoyo e información sobre las técnicas que se van a realizar, fomentando la confianza del enfermo en el equipo médico.

Etapas de la secuencia de intubación rápida:

Pese a ser una evidente emergencia, es preciso seguir unas pautas durante todo el proceso de intubación, con el objetivo de minimizar el riesgo de complicaciones posteriores. Para comprender mejor el proceso, se detallarán las diferentes etapas de la secuencia de intubación rápida y las funciones de la enfermería en cada una de ellas.

Preparación:

En esta fase, se establecerá un plan de actuación consensuado por todo el equipo asistencial, contemplando las posibles complicaciones y alternativas durante su desarrollo.

Uno de los cometidos de enfermería es la preparación de todo el material que se va a utilizar y comprobar su correcto funcionamiento, entre ellos:

- Laringoscopio.
- Tubo endotraqueal (el número se elegirá en función de la condición del paciente).
- Fiador para el tubo y lubricante.
- Mascarilla facial del tamaño adecuado.
- Guedel o cánula orofaríngea.
- Medicación necesaria.
- Botella o toma de oxígeno.
- Ambú o dispositivo de ventilación bolsa-válvula-máscara.
- Carro de paradas.
- Fijador para el tubo.
- Jeringa para inflar el neumotaponamiento.
- Sistema de aspiración.

Por otro lado, se debe evaluar la dificultad de ventilación del paciente mediante las escalas de Mallampati y de Cormack-Lehane, las cuales determinan la visibilidad de las estructuras faríngeas.

Preoxigenación:

Durante esta etapa, se administra oxígeno de alto flujo continuo durante un periodo de tiempo de unos 3 minutos, aumentando así las reservas de oxígeno del paciente. Esto se realiza para garantizar unos niveles de saturación de oxígeno altos durante la fase de apnea de la intubación. Enfermería estará atenta a las constantes vitales del paciente para comprobar que se consigue el objetivo de esta fase, y detectar cualquier cambio que tenga lugar en su estado.

Pretratamiento:

Durante la intubación pueden surgir efectos indeseados, como hiper o hipotensión arterial, o arritmias. Para paliar su aparición, el personal de enfermería se encargará de preparar y administrar la medicación pertinente:

- Lidocaína: disminuye la resistencia de la vía aérea, facilitando su manipulación.
- Atropina: se utiliza especialmente en niños para impedir la aparición de bradicardia tras la administración de succinilcolina.
- Fentanilo: disminuye el desarrollo de taquicardia, hipertensión arterial y broncoconstricción (respuesta simpática) tras la manipulación con el laringoscopio.

Inducción y parálisis:

Un rasgo característico de la secuencia de intubación rápida es la administración del relajante neuromuscular de forma continua, casi simultánea, al sedante inductor del sueño. Es recomendable que el personal de enfermería conozca la función y los posibles efectos secundarios de los medicamentos mencionados anteriormente, y valorar la respuesta del paciente a ellos:

Agentes inductores :

- Propofol: tiene un inicio rápido, y es broncodilatador. Puede disminuir la presión intracraneal, y provocar hipotensión arterial y bradicardia.
- Etomidato: tiene un inicio rápido y una corta duración. Afecta mínimamente al estado hemodinámico del paciente, y no tiene efectos analgésicos.
- Midazolam: tiene un inicio rápido, y es broncodilatador.
- Ketamina: tiene efectos analgésicos, y provoca amnesia posanestésica.

Relajantes neuromusculares:

- Rocuronio: es un agente no despolarizante, tiene un inicio rápido y una duración mayor que la succinilcolina.
- Succinilcolina: es un agente despolarizante, tiene un inicio rápido y puede provocar varios efectos indeseados.

Posición y protección:

Una vez la medicación empleada en la inducción ha conseguido el efecto buscado, se procederá a colocar el cuello del paciente en extensión, exponiendo las cuerdas vocales y mejorando así la visibilidad durante la intubación (posición de olfateo). Mientras el médico a cargo de la técnica posiciona al paciente, el personal de enfermería participará realizando la maniobra de Sellick, con la que se evita la regurgitación gástrica. Se aplicará presión directamente en el cartílago cricoides, justo debajo del tiroides, con los dedos índice y pulgar.

Intubación:

Mientras la enfermera está realizando la maniobra de Sellick, la cual mantendrá hasta la progresión del tubo endotraqueal, el facultativo procederá a la intubación del paciente. Con la mano izquierda insertará el laringoscopio hacia el lado contrario, y traccionará hacia arriba y hacia adelante hasta hallar las cuerdas vocales, mientras que con la mano derecha introducirá el tubo hasta la tráquea. Tras esto, la enfermera inflará el neumotaponamiento con unos 10 centímetros cúbicos de aire, y ayudará a fijar el tubo para evitar su movimiento.

Postintubación:

Una vez finalizado el proceso, es necesario comprobar la correcta colocación del tubo mediante métodos como la auscultación o una radiografía simple.

Entre las intervenciones de enfermería en esta etapa destacan el cuidado del tubo, protegiéndolo en las movilizaciones, y el aspirado de las secreciones, en caso de necesitarlo, además de la vigilancia de las constantes vitales, y el fomento del confort del paciente en la medida de lo posible.

Complicaciones:

Entre las complicaciones inmediatas que pueden aparecer tras la intubación endotraqueal, es importante señalar:

- Extubación o desplazamiento del tubo.
- Intubación errónea del esófago.
- Intubación bronquial accidental.
- Traumatismo en la vía aérea durante la inserción del tubo.
- Broncoespasmo, etc.

5 Discusión-Conclusión

La secuencia de intubación rápida ha demostrado ser un valioso recurso en todas aquellas circunstancias en las que la vía aérea está comprometida, y no hay tiempo para valorar otras alternativas. A raíz de la información encontrada durante la elaboración de este trabajo, se ha evidenciado la importancia de la participación de la Enfermería en este proceso. El rol que desempeña tanto en la valoración previa del paciente, como en la vigilancia posterior de su estado tras la aplicación del tratamiento, marca positivamente el pronóstico, además de minimizar el riesgo de sufrir complicaciones. Este hecho lleva a recomendar la continua actualización de conocimientos de los profesionales que trabajan en los servicios de Urgencias, haciendo especial mención al personal de enfermería.

6 Bibliografía

1. Piñeros Pérez JA, Niño F, Hernández N, Granda C, Moreno A, Camargo JF, Torvar CA. Secuencia rápida de intubación en el servicio de urgencias: revisión actualizada de la literatura. Univ. Med. [Internet]. 29 de septiembre de 2021 [citado 15 de octubre de 2023]; 62(4).
2. Alvarado Ferllini M. Secuencia de intubación rápida en el Servicio de Emergencias: una revisión bibliográfica. Rev. Fac Med UNIBE [Internet]. 26 de octubre de 2021 [citado 15 de octubre de 2023]; 3(2).
3. Rocio, A. M. V., Anderson, N. B. J., Maribel, M. S. Y., Darío, P. B. R., & Rocio, S. G. L. Rol de enfermería en la secuencia de intubación rápida (SIR). Repositorio de la Universidad Cooperativa de Colombia. [Internet]. 2018. [Citado 15 de octubre de 2023].
4. Moros, T. L., Crespo, L. R., Acín, I. A., Campagna, R. C., Jiménez, M. M. E.,

& Molero, R. I. Revisión bibliográfica sobre intubación endotraqueal, complicaciones y papel del equipo de enfermería. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 12 de abril de 2021. [Citado 15 de octubre de 2023]. Vol. 2(4), 46.

5. Acevedo Gamboa F. E., Páez Barrozo M, Camargo V. L. Enfermería de urgencias en la intubación de secuencia rápida a pacientes COVID-19. Revista CUIDARTE [Internet]. 2020;11(3).

Capítulo 124

LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RELACIONADAS CON LOS CATÉTER VENOSOS PERIFÉRICOS

MALENA FERNÁNDEZ ARROYO

MARTA PEÑUELAS VALDERAS

ALFONSO ORTEGA CORUÑA

NATALIA GIL RUIZ

NATALIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La OMS (Organización Mundial de la Salud) indica que aproximadamente el 5-10% de los pacientes que presentan algún daño que es producido por la atención que reciben en los centros hospitalarios que se encuentran desarrollados tecnológicamente, se debe a la aparición de infecciones que se encuentran directamente relacionadas con la asistencia que se proporciona.

En algunas ocasiones existen pacientes que precisan de la inserción de un catéter venoso periférico (CVP), para que los profesionales de enfermería puedan llevar a cabo los cuidados que requieren en cada momento.

Este procedimiento es considerado el más invasivo y común que se realiza en los centros hospitalarios, la prevalencia de los pacientes que necesitan este tipo

de procedimiento oscila entre el 70 y el 80% de los usuarios que se encuentran ingresados.

Este tipo de catéter se utilizan para poder administrar diferentes fluidos, fármacos, nutrientes o hemoderivados.

Este tipo de procedimiento puede presentar efectos secundarios, como pueden ser: infecciones del punto de inserción, bacteriemias, sepsis y flebitis.

La flebitis es una de las consecuencias más comunes. Consiste en la inflamación de la vena de inserción, esto es debido a una alteración que se produce en el endotelio, durante o después de las perfusiones intravenosas.

2 Objetivos

- Identificar cuáles son las principales complicaciones que se pueden derivar del uso de catéter venoso periférico.
- Conocer cuáles son las principales funciones que desarrolla el profesional de enfermería en la prevención de enfermedades o infecciones que se encuentran relacionadas con los catéter venoso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica utilizando las principales bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar.

Se ha consultado la literatura científico sanitaria existente en referencia con las intervenciones de catéter venoso periférico.

4 Resultados

Dentro de las principales complicaciones que se presentan en las intervenciones de catéter venoso periférico podemos destacar entre ellas las más importantes:

-Flebitis: Se caracteriza por ser la inflamación que se produce en una vena. La tromboflebitis sin embargo es la inflamación que se produce en una vena formando un coagulo de sangre que bloquea las venas impidiendo el paso de la sangre por ellas.

Podemos diferenciar dos tipos de flebitis:

-Flebitis profunda: afecta principalmente a los grandes vasos más profundos, los vasos que se encargan de retornar la sangre no oxigenada al corazón.

-Flebitis superficial: En este caso afecta a las varices.

En la flebitis profunda el paciente sufre una alteración del estado general presentando diversos síntomas como pueden ser: fiebre, edema, dolor, malestar.

Para poder reducir el riesgo de que los pacientes sufran este tipo de complicaciones, a la hora de realizar la técnica tendremos en cuenta los protocolos que están establecidos.

El correcto lavado de manos será muy importante a la hora de desarrollar dicha técnica, ya que nos ayudará a prevenir infecciones nosocomiales. Es una de las medidas más eficaces y reduce considerablemente el número de infecciones hospitalarias.

Para desarrollar este procedimiento será necesario el uso de guantes estériles ya que así realizaremos la técnica de la forma más aséptica posible.

Después de la colocación del catéter se deberán de establecer unos cuidados para poder brindar seguridad y poder detectar de manera precoz cualquier tipo de complicación.

Los catéter venosos periféricos tienen una duración de 72 a 96 horas, una vez transcurrido este tiempo deberá de sustituirse por otros, para evitar cualquier tipo de complicación.

Los profesionales de enfermería observarán la zona de inserción del catéter, retirándolo siempre que se manifiesten síntomas de infección, como puede ser la zona inflamada, enrojecida o edematosa.

5 Discusión-Conclusión

Después de la realización del presente trabajo de investigación podemos concluir que existen diferentes efectos secundarios al procedimiento de la colocación de catéter venoso periférico, destacando en primer lugar la flebitis.

Para poder prevenirla se implantan una serie de medidas que deben de adoptar los enfermeros para garantizar que los pacientes no sufran este tipo de complicaciones.

Las más importantes son:

- Un correcto lavado de manos y asepsia en la zona de inserción
- Sustitución de los dispositivos una vez haya transcurrido no más de 72 horas de su colocación.
- Precaución en la correcta administración de medicamentos, evitando siempre que se pueda las perfusiones prolongadas.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/calibre-cateter-venoso-periferico-finalidad/calibre-cateter-venoso-periferico/>.
2. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions61>.
4. https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/cateter_venos.

Capítulo 125

LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS E INTERVENCIONES QUE PRECISAN LOS PACIENTES QUEMADOS

MALENA FERNÁNDEZ ARROYO

MARTA PEÑUELAS VALDERAS

ALFONSO ORTEGA CORUÑA

NATALIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

NATALIA GIL RUIZ

1 Introducción

Los pacientes de grandes quemados son los que reúnen las características para ser asistidos por las Unidades Especializadas destinadas para ello.

Debido a su localización, extensión y el alcance de las mismas, ya que pueden sufrir diferentes complicaciones y su vida corre riesgo.

Para poder asistir a estos pacientes es necesario contar con los conocimientos necesarios, como son: la anatomía específica de la piel y saber cuál es la clasificación de las quemaduras.

La piel es un órgano que recubre la superficie del organismo sirviendo de aislante y a su vez protegiéndolo del medio externo.

La superficie de piel que tenemos en total oscila entre 1,5-1,8 m².

Podemos definir el concepto de quemadura como aquel daño que se produce a nivel tisular y se produce por diferentes agresiones, como por ejemplo: energía eléctrica, radiación, energía térmica o sustancias químicas.

En la actualidad este tipo de lesión tiene un alta mortalidad, aunque existen diversos avances, técnicas quirúrgicas, protocolos contra infecciones y un apoyo nutricional que han permitido progresar y aumentar la supervivencia de estos pacientes, es importante destacar que la asistencia que brinda en un primer momento es la más influyente para la pronta recuperación de los mismos.

La temperatura máxima que aguanta nuestra piel es de 40°C, cuando la temperatura sobrepasa ese límite, el daño es proporcional a la temperatura, es decir, cuanta más temperatura mayor será el daño tisular que sufran los pacientes.

2 Objetivos

- Conocer cuál es la clasificación que existe en la actualidad de las quemaduras.
- Conocer la clasificación de las diferentes intervenciones para profesionales de enfermería.
- Actualizar los conocimientos que nos ayudarán a atender a este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo una consistente revisión bibliográfica utilizando las principales bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar, Ocronos.

También se ha consultado la literatura científico sanitaria existente en referencia con los Grandes Quemados.

4 Resultados

Existen varias clasificaciones para las quemaduras, algunas de las que más se utilizan son las siguientes:

Según la profundidad de la quemadura:

Primer grado-quemaduras epidérmicas: Estas quemaduras solo afectan a la capa más externa de la piel, la epidermis. Su aspecto es de color rojizo, con eritema,

sin flictenas ,ni ampollas. Se curan de manera espontánea a los 5-10 días después de su aparición y no dejan cicatriz.

Segundo grado-Quemaduras dérmicas: En este caso su afectación afecta también de manera parcial o total a la dermis, se dividen en dos tipos: dérmicas superficiales y dérmicas profundas.

Tercer grado-Quemadura subdérmicas: Estas quemaduras producen una destrucción total de la piel. Son indoloras porque se han destruido las terminaciones nerviosas. Presentan un aspecto carbonáceo y blanco.

Según el agente causal.

-Quemaduras por radiación: Se producen por el exceso de exposición a la radiación ultravioleta, sin diferenciar la natural de la artificial.

-Quemaduras térmicas: En este caso se producen por una fuente de calor, como puede ser: líquido, sólido caliente o llama.

-Quemaduras químicas: originadas por sustancias gaseosas, líquidas o sólidas.

-Quemaduras eléctricas: Se pueden producir por diferentes fuentes como: un rayo, contacto directo con la corriente, pistola eléctrica.

Es importante destacar que las lesiones que se producen con la corriente alterna puede producir inmediatamente después parálisis respiratoria, fibrilación ventricular o ambas.

-Quemaduras por congelación: se manifiesta cuando las personas tienen una exposición elevada a una temperatura muy alta por un periodo prolongado de tiempo.

La atención inicial y la evaluación primaria que debemos de asistir como profesionales de enfermería dependerá según el estado en el que se encuentre el paciente quemado, actuando de la siguiente manera:

En el caso de encontrarnos en el lugar del accidente lo primero que deberemos de realizar será detener aquello que lo está provocando, siempre protegiéndonos a nosotros mismos.

Retiraremos siempre que sea posible todos los objetos que porte el paciente, antes de que la zona infectada se empiece a inflamar.

Se lavará la herida con abundantes cantidades de solución salina o agua fría.

-Comprobar y mantener en todo momento la vía área permeable.

Reconocer e identificar los signos que supongan una amenaza vital.

5 Discusión-Conclusión

Los grandes quemados están expuestos a diferentes complicaciones o secuelas que pueden sufrir a lo largo de su ingreso hospitalario. El personal de enfermería

desarrolla un papel muy importante, en el cuidado y seguimiento de los pacientes quemados.

Deberemos de colaborar en la cicatrización de las heridas prestando curas y tratamiento recomendado en cada caso, realizando siempre un seguimiento continuado de las mismas.

Los accidentes en los que se producen quemaduras presentan un importante porcentaje de fallecimientos al año.

Se ha demostrado que una buena asistencia primaria y reducir el tiempo en el que los pacientes reciben atención médica mejora considerablemente el pronóstico de estos pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/grandes-quemados-servicio-urgencias-emergencias/>.
2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid.
3. <https://www.nigms.nih.gov/education/fact-sheets/Pages/burns-spanish.aspx>.

Capítulo 126

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN QUE PRESTA AL PACIENTE QUEMADO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

MIHAELA SIMONA LACOVICI

MÓNICA PÉREZ GARCÍA

ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN

MARTA SANROMA GARCIA FOGEDA

MILAGROS CIUDAD LAINEZ

1 Introducción

Cuando se trata de un paciente quemado, la atención médica y de enfermería es crucial para su recuperación. Aquí hay algunos aspectos adicionales relacionados con el cuidado de un paciente quemado:

En casos de quemaduras graves, la prioridad es estabilizar al paciente. Los enfermeros colaboran en el control de las vías respiratorias, asegurando una buena oxigenación y ventilación. Además, se monitorea de cerca la presión arterial, la frecuencia cardíaca y otras constantes vitales para identificar cualquier signo de shock o deterioro. Además, los enfermeros trabajan junto con el médico para determinar la extensión y profundidad de las quemaduras. Esto se hace utilizando sistemas de clasificación de quemaduras, como la regla de los nueve,

para estimar el porcentaje de superficie corporal quemada y establecer un plan de tratamiento adecuado.

Los pacientes quemados a menudo requieren una vía intravenosa para administrar líquidos y medicamentos. Los enfermeros se encargan de la inserción y el cuidado de las vías intravenosas, asegurando un acceso adecuado y evitando complicaciones como la infección. También son responsables de cambiar los apósitos de las quemaduras y realizar las curaciones necesarias. Esto implica la limpieza de las heridas, la aplicación de medicamentos tópicos, la utilización de apósitos adecuados y la vigilancia de cualquier signo de infección.

En este tipo de pacientes, a menudo se experimenta una pérdida significativa de líquidos y nutrientes debido a la lesión y a la respuesta inflamatoria asociada. Los enfermeros colaboran en el monitoreo de los niveles de líquidos y electrolitos, y en la administración de terapia intravenosa y nutrición enteral según las necesidades del paciente.

Los enfermeros están atentos a las posibles complicaciones asociadas con las quemaduras, como infecciones, úlceras por presión, trastornos de la cicatrización y contracturas. Implementan medidas preventivas, como cambios de posición frecuentes, movilización temprana y terapia física, y toman las medidas adecuadas en caso de que se presenten complicaciones.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica elaborada por el personal de enfermería consiste en estudiar conceptos básicos en cuanto a pacientes quemados y las correctas actuaciones por parte del equipo de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las acciones que se deberán llevar a cabo son las siguientes:

1. Valoración inicial: valorar ABC (Vía aérea, respiración y circulación), asegurando el mantenimiento de signos vitales.
- Vía aérea: comprobar permeabilidad, valorar edema laríngeo, buscar signos de inhalación de humos, control y aislamiento de vía aérea mediante intubación orotraqueal (por riesgo de edema de glotis y distress respiratorio)
- Función cardiovascular y hemodinámica: ritmo cardíaco, relleno capilar, coloración de la piel.
2. Retirar ropas que no estén adheridas a la piel del paciente (si se deberá desvestir a las personas afectadas por quemaduras químicas).
3. Retirar anillos, pulseras y relojes que puedan comprimir zonas corporales periféricas (riesgo de necrosis)
4. Valoración de las quemaduras y búsqueda de otras lesiones.
5. No aplicar cremas ni antisépticos sobre lesiones cutáneas.
6. Cubrir quemadura con gasas estériles.
7. Evitar pérdida de calor en exceso: cubriendo con manta térmica, manteniendo ambiente en torno a 30-35°C.
8. Iniciar oxigenoterapia a alto flujo en pacientes conscientes y sin alteración del árbol traqueobronquial (controlar la saturación de oxígeno).
9. Rehidratación y control de shock hipovolémico: mediante la infusión de cristaloides a través de la vía venosa de grueso calibre. A poder ser Ringer Lactato o solución salina isotónica en su defecto. La fórmula de reposición hídrica. 207 más aceptada es la de Parkland ($4 \times \text{Kg de peso} \times \text{porcentaje de superficie corporal quemada (SCQ)}$).
10. Administración de antidotos específicos en caso de que así se necesite.
11. Administración si es posible de inmunización antitetánica.
12. Control de la diuresis mediante sonda vesical (mantener diuresis entre 0.5-1.5 ml/kg/h).
13. Terapia analgésica y sedación en el caso de IOT.
14. Refrigeración de lesiones cutáneas en pacientes con $\text{SCQ} < 10\%$ (evitar chorros violentos de agua y cantidad excesiva por riesgo de hipotermia).
15. Realizar traslado a centro hospitalario. En casos más graves se deberán trasladar a una unidad de críticos quemados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la enfermería desempeña un papel fundamental en la atención al paciente quemado. Los enfermeros brindan cuidados especializados y multidisciplinarios desde la evaluación inicial hasta la rehabilitación y el seguimiento.

Su papel abarca desde la estabilización inicial del paciente hasta el manejo de las heridas, el control del dolor, la prevención de infecciones y la educación al paciente y su familia.

El enfoque de la enfermería en el cuidado de los pacientes quemados es integral, teniendo en cuenta tanto los aspectos físicos como los emocionales. Los enfermeros proporcionan apoyo emocional, escuchando y validando las preocupaciones del paciente, y ayudando a promover la adaptación y la aceptación de los cambios físicos y emocionales que pueden surgir.

6 Bibliografía

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

Capítulo 127

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS A PACIENTES CON VIH (VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA)

MÓNICA PÉREZ GARCÍA

MIHAELA SIMONA LACOVICI

ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN

MARTA SANROMA GARCIA FOGEDA

MILAGROS CIUDAD LAINEZ

1 Introducción

El virus del VIH, causante del SIDA, en la década de los ochenta, fue considerada una epidemia y supuso una sentencia para los especialistas de la salud, desde que esta enfermedad apareciera a principios de los 80, la incidencia del número de las personas que fueron infectadas creció considerablemente.

Hubo un gran interés por la industria farmacéutica y por los investigadores en conseguir medicamentos antivirales que fueran usados en combinación con otras drogas para paliar los efectos de esta enfermedad en la busca desesperada por una vacuna que a día de hoy es inexistente.

De forma reciente, se ha conseguido que la farmacología de primer orden que se realiza en los pacientes con inhibidores de la proteasa ha vuelto a reactivar la expectación por los laboratorios farmacéuticos y El objetivo principal de esta revisión bibliográfica elaborada por el personal de enfermería consiste en por los investigadores de ciencias de la salud aunque para conocer sus efectos deben de pasar años, las expectativas son prometedoras. El Sida desde su aparición ha ido evolucionando, tanto la enfermedad como los cuidados del enfermo, las expectativas de vida en la actualidad son altas y los tratamientos son efectivos, aunque bien es cierto que queda muy lejos la vacuna y se incide en la protección como barrera para erradicar esta enfermedad.

2 Objetivos

- Describir los cuidados de enfermería en pacientes con VIH/SIDA, incluyendo su importancia, los aspectos que deben abordarse en la atención y las mejores prácticas en el manejo de la infección por el virus.

3 Metodología

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

4 Resultados

El cuidado de enfermería en pacientes con VIH/SIDA implica una atención integral y multidisciplinaria. Los pacientes con VIH/SIDA requieren una atención personalizada que incluya la educación y el asesoramiento, la administración adecuada de medicamentos, la prevención y el tratamiento de infecciones, el control de síntomas y el apoyo emocional y social.

La educación y el asesoramiento son fundamentales para que los pacientes entiendan su condición y sigan el tratamiento adecuadamente. Los enfermeros deben proporcionar información clara y precisa sobre la enfermedad, la medicación y los efectos secundarios posibles. También deben ayudar a los pacientes

a desarrollar habilidades de autocuidado y a aprender a prevenir la transmisión del VIH a otras personas.

La administración adecuada de medicamentos es esencial para el control de la infección por VIH. Los enfermeros deben asegurarse de que los pacientes tomen sus medicamentos según lo prescrito y controlar los efectos secundarios. Los pacientes también deben ser conscientes de la importancia de seguir su tratamiento de manera constante para mantener su salud.

La prevención y el tratamiento de infecciones son cruciales para la salud de los pacientes con VIH/SIDA. Los enfermeros deben estar alerta a cualquier signo de infección y tomar medidas preventivas, como la administración de vacunas y el control de la higiene. También deben ser capaces de identificar y tratar cualquier infección de manera oportuna y adecuada.

El control de síntomas es importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA. Los enfermeros deben estar atentos a los síntomas que experimentan los pacientes y proporcionar el tratamiento adecuado para aliviar el dolor y el malestar.

El apoyo emocional y social es crucial para la atención de pacientes con VIH/SIDA. Los enfermeros deben estar preparados para abordar las cuestiones relacionadas con la estigmatización y la discriminación y proporcionar apoyo emocional y social a los pacientes y sus familias. Los pacientes con VIH/SIDA enfrentan muchos desafíos, y es importante que los enfermeros sean sensibles a sus necesidades y brinden el apoyo adecuado para ayudarles a manejar la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los pacientes con VIH/SIDA requieren una atención de enfermería integral y personalizada que aborde los múltiples aspectos de su condición. Los cuidados deben incluir la educación y el asesoramiento para que los pacientes entiendan su condición y sigan el tratamiento adecuado. Los enfermeros también deben asegurarse de que los pacientes tomen sus medicamentos de manera constante y controlar los efectos secundarios. La prevención y el tratamiento de infecciones son cruciales para la salud de los pacientes, y los enfermeros deben estar preparados para identificar y tratar cualquier infección de manera oportuna y adecuada. Además, es importante que los enfermeros proporcionen apoyo emocional y social a los pacientes y sus familias, ya que la estigmatización y la discriminación son un problema común que enfrentan los pacientes con VIH/SIDA.

6 Bibliografía

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

Capítulo 128

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON ALZHEIMER. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

MARTA SANROMA GARCIA FOGEDA

MIHAELA SIMONA LACOVICI

MÓNICA PÉREZ GARCÍA

ANA ESPERANZA MORCILLO ANTÓN

MILAGROS CIUDAD LAINEZ

1 Introducción

El Alzheimer es un trastorno degenerativo que puede presentarse sobre los 50 años, aunque el riesgo va en aumento según va aumentando la edad.

La enfermedad de Alzheimer o demencia degenerativa primaria sería la demencia por excelencia representando alrededor de un 60% del total de síndromes demenciales.

Se desconoce la causa de la enfermedad. Produce consecuencias a nivel de estructura (daños estructurales) y consecuencias en la manera de funcionar (daños funcionales) Estos daños llevarían a la aparición de los síntomas de la enfermedad.

En la actualidad, aunque no existe un tratamiento que cure la enfermedad de Alzheimer, si hay algunos que ayudan a disminuir los síntomas y mejoran la calidad de vida de las personas afectadas. Entre dichos tratamientos se encuentran: fármacos, programas de entrenamiento cognitivo o terapia ocupacional.

Es fundamental para poder administrar dicho tratamiento cuanto antes y mejorar su calidad de vida, la detección temprana del Alzheimer. Pero, el diagnóstico puede ser difícil de ofrecer, ya que las manifestaciones clínicas se pueden llegar a confundir con efectos habituales del propio envejecimiento.

En definitiva, estos pacientes y sobre todo sus familiares sufren y sufrirán mucho, ya que estos enfermos en la fase final necesitarán cuidados totales, ya que no podrán andar ni moverse, ni siquiera articular palabra alguna, es decir por decirlo de un modo más coloquial se quedarán “vegetales”.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo consiste en Resaltar los problemas principales que pueden padecer los pacientes con enfermedad de Alzheimer.

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 Enfermedad de Alzheimer se califica como un tipo de demencia que afecta de forma precoz a la memoria y conlleva un deterioro cognitivo de otras funciones superiores de forma progresiva siendo desconocida su causa.

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad cerebral neurodegenerativa que se manifiesta como trastornos cognitivos y como trastornos conductuales.

Hay tres etapas de la enfermedad de Alzheimer:

- Primera etapa: en esta etapa, cuando aparecen los primeros síntomas, el paciente puede mantener una vida diaria independiente y solo necesita ayuda con tareas

y con puntualidad y movimiento esporádico.

- Segunda etapa: en esta etapa, los síntomas comienzan a volverse más severos y son mas serios y el paciente necesita a alguien que ayude a cuidarlo y supervisar las tareas diarias. Esta es una condición en la que los pacientes necesitan más control.

- Etapa 3: esta es la última y más agresiva etapa de la enfermedad la condición del paciente se deteriora significativamente hasta el punto que necesita una asistencia médica de emergencia las 24 horas del día.

Los cuidados de enfermería son fundamentales para minimizar este potencial malestar. Sus principales características son:

- Proporcionar a los pacientes un ambiente consistente y familiar para ayudarlos a desarrollar sus habilidades limitadas.

- Coloca etiquetas con los nombres de objetos y habitaciones para ayudarte a retener la memoria.

- Evaluar a los pacientes en busca de signos y síntomas de depresión.

- Evitar mover al paciente varias veces por cita para evitar la frustración de no poder recordar.

- Para evitar la ansiedad y la inquietud del paciente, debemos mantener el entorno estructurado, coherente y crear una rutina manejable para él.

- Se permite el comportamiento habitual del paciente, como acaparamiento, merodeo, siempre que se realice en un entorno seguro.

- Poner un reloj y un calendario grande en su habitación para ayudarle a recordar las fechas correctas.

- Lista de actividades diarias.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad común entre la población de avanzada edad y es considerada como un trastorno neurodegenerativo progresivo que afecta tanto al pensamiento, como a la conducta y la memoria de la persona que la padece.

Los cuidados integrales de enfermería junto a los del resto del equipo multidisciplinar, resultan esenciales en el manejo de estos enfermos, debido a que pueden presentar una serie de manifestaciones que requieran un cuidado y una atención más especializada. Por esta razón, conocer los síntomas y etapas de la enfermedad, así como el proceso de diagnóstico mediante la realización de pruebas complementarias resulta necesario a la hora de confirmar la enfermedad de Alzheimer.

6 Bibliografía

1. Cobo Domingo JC., Cordón Llera F., Guerrero Agenjo CM. Alzheimer. La enfermedad del olvido. Cuidados de enfermería. Formación Alcalá; 2020.
2. Frías Pita R., Avías Jerez A., García Sánchez AM., Boizan Clark MA. Demencia de Alzheimer y cuidados de enfermería. Revisión bibliográfica. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo; 2015.

Capítulo 129

CARDIOVERSIÓN EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.

MELODY TORIJA RESUELA

MARYAM BOUZARAD AIT BAH

MARÍA LÓPEZ BERGILLOS

MARIA DIAZ-BERNARDO RAMIREZ

1 Introducción

La cardioversión es un tipo de terapia utilizada en pacientes que tienen ritmo anormal del corazón con la cual se intenta revertir a ritmo sinusal. En los años 50 se llevó a cabo la primera cardioversión realizada a un paciente con fibrilación auricular, posteriormente en 1962 se mejoró la técnica disminuyendo los daños colaterales.

Esta técnica está indicada en aquellas arritmias supraventriculares que los médicos consideren que es posible revertir. La más común es la fibrilación auricular (FA) en la cual la aurícula funciona de forma desorganizada y rápida mientras que los ventrículos llevan un ritmo sinusal, por tanto, vamos a la hora de pasar la sangre de aurícula a ventrículo parte de ella se va a quedar acumulada en la aurícula (van descoordinados y la aurícula no se contrae del todo) pasando menos cantidad de sangre al ventrículo. Además, la sangre que se acumula puede coagularse y producir un trombo.

Este tipo de arritmia tiene una prevalencia del 1-2 % en la población española, está muy asociado a la longevidad de la población y a otros factores como hipercolesterolemia e hipertensión. Existen otras arritmias en las que se utiliza la técnica que, según define la Fundación Española del Corazón son:

- El Flutter auricular que se define como un trastorno del ritmo cardíaco caracterizado por una frecuencia regular y en torno a los 150 latidos por minuto. Al igual que la FA puede producir trombos, ya que se produce una reentrada de sangre en la aurícula.
- Las taquicardias paroxísticas supraventriculares que son aquellas taquicardias de inicio y final brusco. Se caracterizan por complejos QRS muy estrechos. Presentan síntomas como palpitaciones, mareo, dolor de pecho, sensación de falta de aire y malestar general.
- Por último se utiliza también en un tipo de arritmia ventricular que es la taquicardia ventricular, la cual consiste en la sucesión de impulsos ventriculares a una frecuencia de más de 100 latidos por minuto y que dura más de 30 segundos.

Por otro lado, existen algunos tipos de arritmias en las cuales la cardioversión no sería efectiva, como por ejemplo la FA de más de dos años de evolución, puesto que ya es una arritmia crónica y no reversible. La FA que haya vuelto a aparecer repetidas veces tras realizar este tratamiento, tampoco va a poder revertirse mediante la cardioversión, tampoco las taquicardias auriculares de inicio y fin espontáneo sin riesgo hemodinámico, ni la fibrilación auricular lenta.

A la hora de llevar a cabo la técnica puede realizarse de dos formas: farmacológica (CVF) y eléctrica (CVE). El primer tipo consiste en administrar medicamentos para revertir la arritmia. Este tipo se utiliza en aquellos casos que no son de urgencia, es decir, en los que el paciente está más estable y no precisa actuar de inmediato. Si es posible, siempre se intentará primero revertir el ritmo con la cardioversión farmacológica, ya que tiene menos riesgo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la cardioversión en urgencias extra-hospitalarias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tras la lectura de varios artículos hemos encontrado que en el caso de urgencias vamos a utilizar este tipo de terapia de forma urgente y sin ser programada como se realiza en otros servicios como unidad de cuidados intensivos (UCI).

A la hora de llegar un paciente sospechoso (manifiesta, dolor en el pecho, malestar general, palpitaciones, etc.) lo pasaremos a un box para tomar constantes (TA, T^a, SpO₂, FC), realizaremos un electrocardiograma de 12 derivaciones y analizaremos una vía de la cual sacaremos una analítica completa (hemograma, coagulación y bioquímica) es importante obtener una buena muestra de coagulación, puesto que en el caso de realizar cardioversión es conveniente tener un factor de coagulación (INR) entre 2 y 3.

Tras los resultados, si observamos en el electrocardiograma (ECG) alguna de las arritmias antes nombradas, valoraremos el estado hemodinámico del paciente para comprobar si está estable o no. Si el paciente presenta hipotensión, palidez, sudoración, dolor torácico, signos de descenso de la conciencia, significa que está en riesgo hemodinámico. En este caso se realizará directamente la cardioversión eléctrica 5.

Si, por el contrario, el paciente no presenta riesgo hemodinámico, el médico le realizará maniobras vagales al paciente para intentar reducir la frecuencia cardíaca, estas maniobras consisten en comprimir las arterias carótidas, los globos oculares e indicarle al paciente que haga fuerza con el vientre. Si no son efectivas se pasará al paciente a un box en el que se le monitorizará y se le explicará el proceso resolviendo todas sus dudas. A continuación se administrarán los fármacos y se controlará las constantes del paciente para ver si el tratamiento ha sido efectivo o no.

Por último, en el caso de que no sea efectivo y, como vimos anteriormente, ante riesgo hemodinámico se realizará la cardioversión eléctrica. Se volverá a explicar

al paciente todo el proceso como anteriormente. Se administrará oxígeno al paciente durante 5 minutos aproximadamente. A continuación se preparará la medicación y se administrará. La medicación consiste en sedantes: propofol o midazolam (dormicum) y analgésicos fuertes como morfina o fentanest, la dosis la pautará el facultativo.

Se aplicará el gel conductor en las palas y se colocarán en posición anterolateral (una a la altura del pectoral derecho y otra por debajo del pectoral izquierdo) o, en el caso de poner adhesivos, se podría colocar en posición anteroposterior (pectoral izquierdo y espalda).

Encenderemos el desfibrilador y lo pondremos en la opción sincronizada, de esta manera aunque se disparen las palas en otro momento, la descarga siempre caerá fuera de la onda T. Se comprobará que el paciente está dormido, se cargará el desfibrilador a los KJ que corresponda y se administrará la primera descarga asegurándose de que nadie está en contacto con la cama, paciente o entorno para no transmitirle la corriente. A continuación se evaluará el ritmo del paciente para ver si la descarga fue efectiva, en el caso contrario se volverá a aplicar otra descarga aumentando la carga hasta en tres ocasiones.

Tras la cardioversión se volverá a oxigenar al paciente hasta que este sea capaz de respirar de forma autónoma y eficiente. Se seguirán controlando sus constantes. Volveremos a hacer un electrocardiograma para ver los resultados. Tendremos que observar la zona en la que se colocaron las palas, pues es habitual que se produzcan heridas o quemaduras, si fuese el caso procederemos a curarlas. El médico decidirá la hora del alta y tras dicha decisión se quitará la vía, la oxigenoterapia, la monitorización, etc.

Cabe decir que en todo momento tendremos el material necesario a mano para resolver cualquier complicación posible. Dicho material consiste en:

- Monitor de constantes con todo su material (manguito para TA, pulsioxímetro, pegatinas, etc.).
- Carro de electrocardiograma.
- Desfibrilador y su material (gel conductor, palas, etc.).
- Material de oxigenoterapia (gafas nasales, mascarilla, toma de oxígeno, alargadera, etc.).
- Material para canalizar una vía y sacar analítica (tubos de analítica, aguja, alcohol, gasas, compresor, etc.).
- Fármacos (sedantes y analgésicos nombrados anteriormente).
- Carro de paradas.
- Carro de intubación.

En los artículos también se hablaba de las posibles complicaciones de la técnica,

estas son:

- Tromboembolismo debido a la acumulación de sangre en las aurículas en determinadas arritmias. Esa sangre puede coagularse creando un trombo y, al recuperar el ritmo normal del corazón, salir del corazón hacia el resto del cuerpo.
- Quemaduras en la piel producidas por una mala técnica a la hora de dar la descarga eléctrica.
- Fibrilación Ventricular que puede producirse si la descarga cae fuera del segmento QRS. Para evitarlo, los desfibriladores presentan una opción de sincronizado como explicamos anteriormente.
- Complicaciones por la sedación como puede ser hipotensión, apnea, reacción adversa, etc.
- Fracaso de la técnica 4. La técnica se intentará en tres ocasiones, es decir aplicaremos tres descargas aumentando la intensidad, si tras esto el paciente no revierte a ritmo sinusal podremos decir que la terapia ha fracasado. No es muy usual, ya que en el 67 %-94 % de los casos el paciente si logra revertir.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos decir que el trabajo enfermero toma un papel muy importante en dicha técnica, ya que no solo nos encargamos de recibir al paciente y realizar todas las técnicas como por ejemplo canalizar una vía o hacerle un electro, sino que somos quienes avisamos al médico de que los resultados del electrocardiograma están alterados.

También es nuestra función preparar todo el material necesario para la técnica, el personal de Enfermería administra la medicación en la CVF y preparará el desfibrilador, seleccionando la carga y aplicando el gel, en la CVE; Ocupándose también de tener el carro de paradas y el de intubación preparado y cerca por si surgiera una complicación.

6 Bibliografía

1. Ramos, L. Plan de cuidados estandarizado a pacientes tratados con cardioversión eléctrica externa electiva. Santander. Junio 2014.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 130

LECCIONES EN ACTUALIZACIÓN URGENCIAS Y EMERGENCIAS. HOSPITALARIAS, EXTRAHOSPITALARIAS Y DOMICILIARIAS. CLASIFICACIÓN DE LAS URGENCIAS Y DE LAS CATÁSTROFES

DAVID MORENO BERMEJO

CORA SÁNCHEZ VALERO

1 Introducción

La demanda para tener asistencia en urgencias a nivel hospitalario y extrahospitalario se ve aumentada en los últimos años. Fomentar el realizar una utilización adecuada en los puntos de A.P nos va a ayudar a bajar la demanda y el nivel de saturación en las urgencias en los hospitales.

Queremos con este capítulo conocer las causas de demanda en la atención y en la derivación al hospital de los pacientes, así como también evaluar y ver la calidad de la atención domiciliaria para poder llevar a cabo las posibles soluciones para evitar así la sobrecarga en la asistencia y evitar la sobrecarga de los servicios de urgencia hospitalaria.

Los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias tienen que ser eficaces y ofrecer una respuesta muy rápida en las diversas causas que acuden a urgencias hospitalarias. Por ello debemos potenciar una educación sanitaria tanto en los pacientes como en la familia, todo ello para que cuando inicialmente acudan a las consultas de A.P y no precisen de atención urgente, deberemos solucionarlo fomentando el tratamiento y su adherencia, evitando así su traslado al Servicio de Urgencias hospitalarias.

Una bajada en la frecuencia sobre todo en los grupos más vulnerables, nos haría indicar que tenemos una buena calidad en los programas y promociones de la salud cuyo fin es poder controlar y tratar a los pacientes denominados crónicos. Tenemos que tener en cuenta también las consultas telefónicas. Las consultas que se realizan telefónicamente no se anotan ni registran, ya que, en muchas de las ocasiones, no se realiza indicación médica y/o terapéutica pero es una manera de ver pacientes que hay que aumentar porque es de gran utilidad para solucionar muchas dudas o problemas sin necesidad de acudir a la consulta de AP.

2 Objetivos

- Impulsar la formación continua en cada uno de los profesionales que trabajan en los servicios de urgencias de AP (PAC) y A.P ambulatoria para evitar derivaciones y aglomeraciones innecesarias en las urgencias a nivel hospitalarias.
- Motivar el autodiagnóstico que es vital en la necesidad de solicitar una atención que tenga que ser urgente y cuál no, para poder saber así que tipo de atención precisa/necesita el paciente.
- Comprender cómo es el perfil del paciente que demanda la atención domiciliaria y la actuación del equipo de AP. Además aprender a identificar y clasificar las catástrofes naturales.

3 Metodología

Para elaborar el presente capítulo, se ha realizado una investigación consistente en realizar una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de diversos libros y se han consultado artículos en las bases de datos tales como son: Medline y Pubmed siendo elegidos los artículos científicos procedentes de publicaciones académicas que han sido revisadas.

4 Resultados

Existen diversos factores que son de índole social, familiar y laboral, los cuales tienen mucha relevancia a la hora de mover a los pacientes para acudir por propia voluntad a los servicios de urgencias. El objetivo para el paciente es disminuir la incertidumbre frente a la percepción de una necesidad derivada de su problema de salud. Cuando el paciente realiza un autodiagnóstico y es claro (con síntomas ya conocidos y descritos). Él mismo no se otorga el carácter de gravedad y no se decide acudir al Servicio de Urgencias.

Los pacientes refieren entre las razones principales de sistema para acudir al Servicio de Urgencias que “el médico me da hora para muchos días después”, que es un problema factible con una solución rápida, simplemente con una actuación y una gestión eficiente en aquellos lugares donde el retraso en la AP es más abultado.

Varios autores relatan que dada la mínima repercusión que ocurren con las urgencias inapropiadas, de carácter leve, tienen incidencia en el normal funcionamiento de los SUH y dado este problema se ha señalado la necesidad de actuación de la Administración para adecuar el servicio en los SUH.

Las demandas de salud han variado debido a los cambios sociales. La estructura y organización de la AP en general, y enfermería en particular, tiene que adaptarse a las necesidades demandadas.

En España los centros de AP, presentan una estructura de servicios que absorbe prácticamente toda la demanda (llamada presión asistencial), para solamente un servicio. La apertura de consultas de enfermería a demanda del paciente provocaría poder abarcar a otros grupos de población, y consecuentemente una mejor metodología en el trabajo de la consulta de enfermería, orientada más en buscar una prolongación de los servicios de enfermería que a tener una expansión en el rol o a un ensayo o prueba de otros modelos de gestión alternativa a la demanda de pacientes en AP.

La atención domiciliaria es definida como el tipo de asistencia o cuidados que se realizan en el domicilio del paciente que, por su estado de salud o por sus dificultades en la movilidad, no es posible trasladarse al Centro de Salud correspondiente. En la atención domiciliaria además se contribuye a poder conocer el estilo de vida del paciente en su ámbito familiar, a valorar in situ situaciones de riesgo y para poder mejorar la calidad de vida del paciente.

La asistencia sanitaria en domicilio ocasiona en el profesional sanitario que tenga que ejercer su trabajo fuera del Centro de Salud teniendo que, en la mayoría de las ocasiones una revisión y actualización en los protocolos de actuación en cada

una de las urgencias que le puedan ocurrir.

Por estos motivos, la atención domiciliaria cada vez es más necesaria, pero también se encuentra más amenazada. La necesidad existe, pero el sistema, y más concretamente la AP, no ha podido dar una respuesta ni con la rapidez ni con la intensidad que se demandaba. La necesidad de tener una atención y un apoyo en el hogar del paciente puede suceder de manera gradual o repentina. Puede ser por el resultado de cualquier accidente, por un proceso esporádico o por una enfermedad a largo o medio plazo. Por todo esto vemos que la atención domiciliaria tienen que ofrecerla los profesionales de AP que son los que están más cerca del domicilio del paciente, son quienes atienden a otros miembros de la familia y son los que conocen sus circunstancias sociales/personales. Pero son muchas las dificultades a las que nos enfrentamos. Añadimos la poca presencia de los especialistas en el ámbito de enfermería familiar/comunitaria y de todos los problemas técnicos que el domicilio entraña.

-Triage: Es un sistema de clasificación de pacientes que se basa en criterios de gravedad clínica respondiendo al aumento de la demanda en la asistencia. Tenemos que valorar sus antecedentes, modelos que se han implementado a través de los años, las funciones principales y la participación de la enfermería en este proceso. El triaje es una necesidad fundamental para ofrecer una mejor calidad asistencial que ofrecemos en el Servicio de Urgencias Hospitalarias. Los enfermeros que realizan el triaje lo realizan de manera estructurada, deberá tener la capacidad de comunicación con el equipo multidisciplinar. La recepción de pacientes y sus familiares tienen que ofrecerse en un ambiente seguro, íntimo, privado. Debido a que en las modernas escalas de triaje de cinco niveles no se establecen diagnósticos médicos y todas ellas se basan en la sintomatología de los pacientes, por eso la función recae principalmente en Enfermería.

ATENCIÓN DOMICILIARIA:

La atención domiciliaria en el caso de España supuso un punto de inflexión gracias al Informe del Defensor del Pueblo surgido en el año 1988, en el cual, se denuncia la situación en las que se encontraban las urgencias, en el ámbito hospitalario y también en el ámbito extrahospitalario. Todo esto conllevó un empujón considerable para el desarrollo y evolución en los sistemas de emergencia médica, ya que se incorporaron nuevas técnicas de soporte vital avanzado venidas de diferentes especialidades como son: la Medicina Intensiva, Anestesiología y Reanimación, Obstetricia, Cardiología etc. Del mismo modo, la Comisión Europea (CE), legisló y aprobó una directiva para poner en funcionamiento, todo ello antes del 31 de diciembre de 1996, la creación de un número europeo para cualquier emergencia que ocurra, el 112.

Tras esta nueva creación del 112 trae consigo la mejora de los sistemas integrales de emergencias (llamados SIE) y que se pusieron en funcionamiento ya a finales de la década de los 60 cuyo principal objetivo era dar una respuesta a la difícil problemática de salud pública que tienen todas las emergencias, en especial los accidentes y las cardiopatías isquémicas agudas.

El principal objetivo del sistema integral de urgencias y emergencias es el poder asegurar la asistencia sanitaria y la rapidez ante un paciente en estado crítico, desde el mismo momento en el que se produce la enfermedad repentina o si sufriera un accidente. Para poder llevar a cabo este objetivo tiene que haber una cadena asistencial, la cual, comienza desde el momento en que se produce la activación, después se produce la intervención del primer interviniente que llega al suceso o accidente, la del personal sanitario que llegan a la atención, la de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, si precisara de las fuerzas de rescate y la de la asistencia hospitalaria hasta lograr el alta de urgencias o hospitalaria. La asistencia se debe de realizar de una manera ordenada y coordinada para así garantizar que se a una asistencia efectiva.

Ningún sistema es igual a otro, ni tiene que serlo. El sistema debe de adaptarse a todas las posibilidades y las circunstancias que haya como el lugar, la cultura y las necesidades. Encontramos tantos modelos como tantos sistemas de emergencia extrahospitalarios, y en aquellos casos que realmente lo necesiten, encontramos la continuidad de cuidados que son iniciados en el ámbito extrahospitalario hasta que llegan al área de admisión de urgencias en el hospital o a aquella unidad especializada que necesite dada la situación de cada paciente.

- Catástrofes: Veremos principalmente las catástrofes naturales. Empezaremos hablando de qué actuación llevar a cabo en las catástrofes teniendo en cuenta el tiempo, en el cual, tenemos varias fases y aprenderemos a poner en funcionamiento diversas actuaciones según las necesidades de cada paciente.

La fase previa:

- Valorar la situación del paciente y ambiental nada más acudir.
 - Mover solamente al personal que sea necesario.
 - Proteger la zona y a la población mientras se realice asistencia.
 - Cuidado del lenguaje que tiene que ser eficaz y fluido.
 - Estar en contacto con el resto del personal.
 - Elaboración de un triaje sencillo.
 - Realizar una evacuación de manera rápida y ordenada.
 - Establecer las necesidades de cada paciente y actuación.
- Realizar una vigilancia epidemiológica.

A día de hoy y siempre tendiendo a simplificar, se resumen en:

- Catástrofes naturales: Provocadas por los elementos de la naturaleza.
- Catástrofes tecnológicas: Aquellos accidentes industriales, de tránsito, etc.
- Catástrofes causadas por el hombre: Cada una de las acciones llevadas a cabo por el hombre, las cuales generan el peligro.

Las catástrofes en la actualidad siguen causando un gran número de víctimas, a pesar de que llevan ocurriendo desde hace miles de años.

Se ha constatado durante todo este tiempo que el ser humano ha ido evolucionando en el plan de actuación llevando a cabo la prevención, con acciones que puedan prevenir o rebajar estos desastres naturales. De la misma forma, se puede ver que el tipo de catástrofes también ha variado con el tiempo. Antes eran mucho más dañinas las naturales y en los últimos tiempos aparecen con más frecuencia las provocadas por el hombre (guerras, tecnológicas, biológicas o terroristas).

Tenemos que tener en consideración el aumento de los desastres naturales. En los últimos años los desastres se han multiplicado por 7 por culpa del cambio climático y todos los pronósticos es que sigan aumentando su número en los próximos años.

5 Discusión-Conclusión

-La atención en el domicilio es complicada, pero es una práctica necesaria y que tiene que cumplir con el objetivo de Berwick: llevar a cabo una mejor experiencia para el paciente, ser efectivo y por último ser eficiente. La atención en el domicilio tiene muchas variables a tener en cuenta y que tiene que tener un sentido adecuado, realizar la asistencia desde el trabajo con todo el equipo multidisciplinar, la atención centrada en el paciente y todo ello con la mejor bibliografía disponible.

-Una buena administración de los recursos sanitarios provocará un incremento en la calidad de la asistencia y a su vez en la pronta respuesta en la actuación siendo necesaria para poder triar al paciente, poder atender a las demandas y en situaciones urgentes llevar a cabo una labor adecuada y eficaz.

-Debemos de tener en cuenta el poco conocimiento recibido en el momento en que se producen los desastres naturales y en aquellas situaciones de catástrofes ambientales, no son muy frecuentes pero necesitan de una rápida labor y de una buena realización del triaje. Así podremos ofrecer una respuesta idónea, exacta y veloz.

6 Bibliografía

1. Pasarín M.I, Fernández de Sanmamed M.J , Camafell J. , Borrell C. , Rodríguez D. , Campasol S. ,Torné E. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalario. La población opina. Gac Sanit 2006; Pág. 91-100.
2. Álvarez JA. Modelos de asistencia a las emergencias en el medio extra-hospitalario. MEDIFAM 1995. Pág 80-86.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo, INS. Plan Director de Urgencias Sanitarias. Diciembre 1988.
4. Álvarez Leiva C. Manual de Atención a Múltiples Víctimas y Catástrofes. Ed. Aran 2005. p. 21-26
5. Costa Alcaraz. A.M, Almendro Padilla.C. Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente. Aten. Primaria, 41 (2009), pág. 285-287

Capítulo 131

LA VÍA INTRAÓSEA COMO MEDIO RÁPIDO DE ACCESO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO

MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO- SANDOVAL

SHEREZADA HERRADOR CORDERO-SÁNCHEZ

LAURA ORTEGA INIESTA

PATRICIA ESTRADA ESCUDERO

1 Introducción

La vía intraósea se utiliza principalmente en emergencias, permitiendo que la medicación alcance el torrente sanguíneo a través de la médula ósea. Es una técnica de inserción rápida, con muy pocas complicaciones y altas probabilidades de éxito, permitiendo la infusión de la mayoría de los medicamentos de manera similar a la vía intravenosa (1).

La cavidad medular de huesos largos presenta una red de capilares sinusoides que drenan al gran seno venoso central. Esto permite la rápida circulación de fármacos y líquidos hacia la circulación general, similar a como sucede en otras venas periféricas. El inicio de acción es también análogo a la administración venosa, pero es importante destacar que se requiere una inyección a presión para vencer

la resistencia de las venas emisarias que conectan la cavidad intramedular con la circulación general a través de los vasos microscópicos de la cortical ósea. (1,4) En situaciones de emergencia donde obtener un acceso vascular adecuado puede ser dificultoso o donde la rapidez de obtención de una vía para administrar medicamentos, líquidos o hemoderivados es de vital importancia, se plantea la vía intraósea como una alternativa eficaz. Sin embargo, la falta de familiaridad con esta técnica y sus indicaciones, así como su reciente implementación en servicios menos comunes, hace que muchos profesionales de la salud no la consideren como una opción viable. (1,2)

2 Objetivos

Llevar a cabo una revisión de artículos con el fin de ahondar en el conocimiento sobre la vía intraósea.

3 Metodología

La búsqueda de artículos será realizada haciendo uso de las bases de datos Pubmed, Google académico y Medline.

Los términos usados para realizar esta búsqueda han sido “intraóseo”, “vía intraósea”, “emergencia” y “situación de emergencia” así como dichos términos en inglés.

Se han seleccionado artículos relacionados con el tema, que se centraran en población adulta y a los cuales hemos tenido acceso al texto completo gratuitamente.

4 Resultados

La administración de líquidos a través del hueso se fundamenta en que los extremos de los huesos largos y el centro de los huesos cortos están formados por tejido mineral esponjoso, el cual contiene médula ósea roja, rica en sangre que se conecta con la circulación sistémica (1).

Es posible suministrar medicamentos y líquidos a través del hueso debido a que esta vía no se obstruye incluso en situaciones de shock, paro cardíaco o disminución del volumen sanguíneo, donde el paciente, como respuesta fisiológica de compensación, experimenta una contracción de los vasos sanguíneos en la periferia y en los órganos internos. (1,2).

4.1 LUGARES DE INSERCIÓN

Con respecto a la zona donde se inserta una vía Intraósea (VIO), debe preferiblemente ser un hueso largo con una capa cortical delgada, además de un amplio espacio medular. Además, es beneficioso si posee puntos de referencia anatómicos que faciliten la inserción y reduzcan los posibles errores. Algunas de las áreas anatómicas que cumplen con estos requisitos incluyen la parte proximal y distal de la tibia, la cabeza del húmero y el área esternal (1,3,5).

Otras alternativas pueden ser la cresta ilíaca, trocánter mayor y esternón entre otras (1,5).

4.2 INDICACIONES

La vía intraósea se utiliza como alternativa a la vía venosa periférica en situaciones críticas donde conseguir acceso vascular es difícil y requiere de cierto tiempo. Es especialmente necesaria en emergencias como shock, paro cardíaco, quemaduras graves, estados epilépticos de riesgo vital, pacientes atrapados, politraumatizados o con hipovolemia, entre otras (1,3).

4.3 VENTAJAS Y LIMITACIONES

La vía intraósea ofrece ventajas notables, como su rápida inserción en menos de un minuto y una alta tasa de éxito. Además, es fácil encontrar puntos anatómicos para la punción y permite administrar cualquier tipo de medicamento o líquido, ya que no se colapsa. También posibilita la extracción de muestras sanguíneas para pruebas como el factor Rh o niveles de hematocrito y hemoglobina.

Sin embargo, presenta limitaciones importantes. Es una vía temporal que no debe mantenerse por más de 24-48 horas, y tiene un mayor costo económico. En pacientes conscientes, es necesario administrar analgesia previamente. (1,3,5).

4.4 COMPLICACIONES

El riesgo de complicaciones es muy bajo. La más común es la extravasación de líquidos o medicamentos debido a una mala inserción de la aguja (4).

Otras complicaciones incluyen infecciones localizadas, a veces con afectación ósea, abscesos debajo de la piel, síndrome compartimental, necrosis, fracturas, lesiones al cartílago de crecimiento, infecciones graves y, muy raramente, la muerte como resultado de una perforación del esternón seguida de inflamación del mediastino, acumulación de líquido en la cavidad pleural o daño a grandes vasos sanguíneos (4).

4.5 DISPOSITIVOS

Nos encontramos con 3 tipos de dispositivos para la instauración de la vía intraósea:

Dispositivos de colocación manual.

Los dispositivos de colocación manual son económicos, pero provocan más mo-

lestias al paciente debido a que su inserción es lenta. Además, son más difíciles de usar y requieren más esfuerzo físico por parte del personal sanitario. También suelen estar asociados con un mayor riesgo de complicaciones en comparación con los otros tipos de dispositivos (4).

Dispositivos de inserción mediante disparo.

Estos dispositivos son capaces de llevar a cabo una inserción rápida, automática y segura mediante autoinyectores con control de profundidad.

Su principal ventaja es la sencillez de colocación, lo que permite que incluso personas no sanitarias capacitadas puedan colocarlo. Son desechables y estériles (1,4).

Dispositivos de inserción mediante taladro.

Este aparato facilita un acceso confiable al sistema vascular al utilizar un método de rotación, lo que reduce el traumatismo y asegura una extracción sin complicaciones. Además, su inserción requiere muy poca fuerza, lo que lo convierte en un dispositivo relativamente sencillo de manejar.

En contraste con los dispositivos previos, este consta de un taladro no estéril que tiene una vida útil, al cual se conectan distintas agujas de un solo uso. Otra ventaja destacada de este dispositivo es su capacidad para penetrar huesos con una capa exterior muy resistente (4).

5 Discusión-Conclusión

La vía intraósea es una alternativa real en situaciones de emergencia cuando la vía venosa periférica es difícil. Es una vía temporal que permite administrar atención, medicamentos y sueros al paciente con rapidez, de manera similar a la vía venosa periférica, sin riesgo de colapso venoso. Además, presenta un bajo número de complicaciones, lo que la convierte en una opción valiosa en el cuidado de pacientes críticos.

Los dispositivos más comunes para su aplicación son los semiautomáticos. Estos dispositivos presentan ventajas que resultan en menor número de complicaciones y dificultades técnicas durante la intervención. Hasta ahora, la zona tibial ha sido la preferida para el acceso.

Los cuidados de enfermería necesarios para esta vía son similares a los requeridos para una vía venosa periférica, por lo que es una opción viable tanto en entornos prehospituarios como hospitalarios.

Es crucial que los profesionales de enfermería se capaciten y se actualicen en el uso de la vía intraósea para brindar una atención de alta calidad, especialmente en servicios de emergencia que atienden a pacientes críticos.

6 Bibliografía

1.

García N, Cepeda JM. Vía intraósea en Enfermería de emergencias. Revista de Enfermería de Castilla y León.2009: Vol 1, N°2:48-56

2.

Muñoz D, Casal P, Miguez A. Vías de administración de fármacos en urgencias. Hygia de Enfermería.2010;17(73):41-46

3.

Miguez A, Muñoz D, Tello S. Una alternativa poco habitual: la vía intraósea. Enfermería Global.2011;24:171-179

4.

Melgarejo Ávila D, García Montes M, González Pelegrín B, Vasco de Salud S. RECOMENDACION DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SOBRE INSERCIÓN, CUIDADOS, USO Y MANTENIMIENTO DE LA VÍA INTRAÓSEA PARA LOS PROFESIONALES DE LOS EQUIPOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.. SEEUE [Internet]. 2010; <http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/RECOMENDACIÓN%20CIENTÍFICA%20intraosea.pdf>

5.

Orgiler PE, Navarro JM, De haro S. La vía intraósea. Cuando las venas han desaparecido.Enfermería intensiva 2001;12(1):31-40

Capítulo 132

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE).

PATRICIA ESTRADA ESCUDERO

SHEREZADA HERRADOR CORDERO-SÁNCHEZ

LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO

MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO- SANDOVAL

LAURA ORTEGA INIESTA

1 Introducción

En este trabajo se explicará la atención de enfermería al paciente que sufre un traumatismo craneoencefálico (TCE). Podemos definir el TCE como la lesión que se produce en la cabeza con la presencia de, al menos, uno de los siguientes elementos:

- Alteración de la conciencia y/o amnesia debido al trauma
- Cambios neurológicos o neurofisiológicos.
- Diagnóstico de fractura de cráneo o lesiones intracraneales atribuibles al trauma.
- Ocurrencia de muerte resultante de un trauma que incluya lesión cerebral traumática entre las causas que produjeron la muerte.

El TCE constituye la primera causa de muerte en individuos menores de 45 años y la tercera causa de muerte en todos los rangos de edad. Los accidentes de tráfico son la etiología más frecuente de TCE, seguido de las caídas.

La etiología de las causas externas es muy diversa, pero si se atiende a los datos de las distintas bases de datos científicas acerca del TCE, se puede deducir que el TCE supone un porcentaje importante en los fallecimientos relacionados por esta causa. La incidencia del TCE es importante y se mantiene en una incidencia de 200 casos por cada 100.000 habitantes, de lo cuales se estima que un 70% tienen una buena recuperación, el 15% quedan con algún tipo de incapacidad y el 15% fallece antes de llegar al hospital o en el mismo hospital por esta causa.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el TCE desde el punto de vista de la enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tras realizar una búsqueda de información extensa acerca del tema, podemos concluir que en cuanto a la fisiología del TCE, destacamos que el cráneo es una estructura no distensible que contiene tejido cerebral, líquido cefalorraquídeo (LCR), líquido extracelular y sangre. Estos componentes forman el volumen final intracraneal. Tras un TCE, el volumen dentro del cráneo aumenta, debido a la sangre y el edema tisular. Al inicio, los pequeños aumentos de volumen pueden ser compensados, pero llega un momento en el que la presión intracraneal aumenta, lo que resulta perjudicial si la presión de perfusión cerebral disminuye por debajo de 60 mm Hg, ya que se produce una isquemia cerebral que puede progresar hasta la lesión neurológica irreversible.

En cuanto a la valoración del TCE, la cual es crucial para evitar las causas más importantes de lesión secundaria, destacamos que el método llevado a cabo es el de la valoración ABCDE.

Cuando partimos de un escenario extrahospitalario, es muy importante la valoración de las circunstancias en las que el paciente se encuentra, además de intentar entender la cinemática del traumatismo. La valoración inicial en un paciente con TCE, no solo permite ver la gravedad del paciente de cara a la resucitación inicial, sino también de establecer cómo de urgente es su traslado al ámbito hospitalario. Un paciente con un TCE grave va a necesitar cuidados avanzados en un hospital, por lo que el traslado del ámbito extrahospitalario al ámbito hospitalario debe ser lo más rápido posible.

Es importante destacar que, una vez en el ámbito hospitalario, los métodos diagnósticos del TCE son la radiografía simple de cráneo, la cual se encuentra en desuso, la tomografía axial computarizada craneal (TAC), la cual debe ser prioritaria siempre que el paciente se encuentre estable, y la resonancia magnética (RM).

5 Discusión-Conclusión

Al finalizar la búsqueda científica de diferentes artículos relacionados con el TCE, podemos concluir y resaltar la importancia de saber identificar este tipo de situaciones, las cuales suelen darse con mayor frecuencia en el ámbito extrahospitalario, lo que implica la importancia de realizar una buena valoración inicial, basándose en el método ABCDE, ya comentando anteriormente, y de saber actuar para llevar a cabo de la manera más rápida el traslado del paciente al medio hospitalario, con el fin de evitar que las secuelas de esta patología se agraven y que, por el contrario, ser lo más leves dentro de la gravedad que ocasiona esta situación.

6 Bibliografía

1. Carreras Gonzalez, E; Concha Torre, A; Serrano Gonzalez, A (2013). Soporte vital avanzado en trauma. Madrid: Ergon.
2. Nicolas Arfelis, JM; Ruiz Moreno, J; Jimenez Fabrega, FX; Net Castel, A (2011). Enfermo crítico y emergencias. Barcelona: Elsevier.

Capítulo 133

MATERIAL DE INMOVILIZACIÓN DURANTE LA EXTRICACIÓN EN ACCIDENTES DE TRÁFICO FRENTE A UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

SHEREZADA HERRADOR CORDERO-SÁNCHEZ

LAURA ORTEGA INIESTA

LUIS GONZÁLEZ IZQUIERDO

PATRICIA ESTRADA ESCUDERO

MARIA DE GRACIA CRIADO NIETO- SANDOVAL

1 Introducción

La extricación de un paciente politraumatizado tras un accidente de tráfico, es una de las acciones más complejas para los sanitarios, que junto con bomberos y los cuerpos de seguridad del estado, deben trabajar de manera conjunta, de lo contrario el paciente se verá perjudicado.

Conocer la anatomía humana es fundamental, pero más aún en estos casos es conocer la cinemática dentro de los accidentes y los materiales con los que se debe contar para que el rescate del paciente sea lo más fácil posible y corra el menor riesgo. Intuir cómo se ha producido dicho accidente y los tipos de movimientos que se han visto envueltos en él, serán de vital importancia a la hora de pensar

en las posibles lesiones que puedan haberse ocasionado en el cuerpo del paciente, y, por tanto, lo que deberemos tener en cuenta a la hora de sacarlo del vehículo y el tipo de material que deberemos utilizar.

A la llegada al suceso, los pasos iniciales para obtener una historia son evaluar los eventos que se presentaron al momento del choque, estimar la energía que se intercambió con el cuerpo humano y hacer una aproximación bruta de las condiciones específicas que resultaron. Para ello se deben tener claras la primera, segunda y tercera ley de Newton.

2 Objetivos

- Conocer la cinemática de los accidentes a la llegada al escenario.
- Clarificar los diferentes tipos de materiales de inmovilización para la extricación.
- Identificar el material de inmovilización más adecuado para cada tipo de situación emergente.

3 Metodología

Toda la información sobre el material de inmovilización durante la extricación de pacientes en accidentes de tráfico, se ha llevado a cabo a través de MEDLINE y el Registro de Cochrane de ensayos controlados, mediante el uso de los siguientes términos: “collarín rígido” “colchón de vacío”, “inmovilizaciones”, “chaleco kendrix”, “cinemática en accidentes de tráfico” entre otros.

Se incluyeron los artículos que cumplieran con los siguientes criterios: Revistas en inglés y en español, revistas científicas, estudios posteriores a 2015, estudios aleatorizados y revisiones sistemáticas. De todos ellos se realizó la inclusión de los que se consideraron de mayor interés para esta revisión.

4 Resultados

La extricación vehicular es el proceso por el cual, personal capacitado, tiene acceso a una persona lesionada, atrapada o inconsciente dentro de un vehículo, se le proporciona atención sanitaria inicial, es retirado del lugar del accidente y se le traslada a un lugar seguro; evitando en la medida de lo posible, aumentar la gravedad de las lesiones iniciales.

Se define cinemática como la rama de la mecánica que estudia el movimiento de los objetos sin hacer referencia a las fuerzas que causan el movimiento. De

tal forma cualquier lesión que sea resultado de una fuerza aplicada al cuerpo, está directamente relacionada con la interacción entre el huésped y el objeto en movimiento. Así la cinemática del trauma es el proceso de analizar un evento traumático y determinar las posibles lesiones provocadas por las fuerzas y movimientos involucrados.

Las leyes de Newton son importantes a la hora de entender la cinemática dentro de las colisiones en los accidentes de tráfico, de tal modo que:

La primera ley de Newton establece que un cuerpo en reposo permanecerá en reposo y un cuerpo en movimiento seguirá en movimiento a menos que intervenga una fuerza externa. De esta manera habría 3 tipos de colisiones:

1. Cuando un vehículo golpea un objeto, en movimiento o estacionado.
2. El potencial paciente dentro del vehículo, choca contra otro objeto.
3. Los órganos internos interactúan con las paredes de los compartimentos del cuerpo o se desgarran de sus estructuras de soporte.

La segunda ley de Newton o conservación de la energía explica que la energía no se crea ni se destruye, solo se transforma.

En cuanto a la tercera ley de Newton sostiene que para cada acción o fuerza existe una reacción igual y opuesta.

Teniendo en cuenta las leyes de Newton y la cinemática del accidente, se pueden producir una serie de lesiones:

- Lesiones esqueléticas. Pueden ocurrir diferentes tipos de lesiones, principalmente fracturas por compresión, por estallamiento (que podrían producir la pérdida de continuidad de la piel y, por tanto, la emisión de pequeños fragmentos de hueso) y subluxaciones.
- Lesiones de médula espinal. La lesión primaria de la médula espinal ocurre en el momento de impacto, cuando se aplica la fuerza y el hueso puede comprimir la médula espinal (6)

Una vez entendidas las bases del movimiento y los tipos de lesiones que se pueden ocasionar dentro de un accidente de tráfico, a continuación, se describirán las lesiones específicas según el tipo de choque.

Impacto frontal: Cuando un vehículo golpea un poste en el centro del automóvil. La energía es absorbida por el coche, produciéndose una deformación. El mismo tipo de movimiento del choque sucede con el conductor. El tronco se golpea con el volante, pudiendo ocasionar lesiones en el esternón. La pared torácica posterior continua el movimiento hacia delante, por lo que las costillas podrían fracturarse, aplastando también corazón y pulmones entre el esternón y la columna vertebral. **Trayectoria hacia arriba y por encima:** El ejemplo más claro se produce en los accidentes donde no se lleva el cinturón de seguridad puesto. La cabeza golpea

el parabrisas o el marco del techo. El tronco continúa el movimiento hasta que la columna vertebral absorbe la energía del movimiento. El tórax y el abdomen se golpean contra el volante. En este tipo de colisiones se producen las roturas de aorta, cardíacas o neumotórax, también lesiones de órganos sólidos abdominales como riñones, hígado o bazo.

Impacto trasero: Si el reposacabezas no se encuentra bien ajustado, se produce la hiperextensión del cuello y el estiramiento o desgarro de ligamentos anteriores.

Impacto lateral: Se produce una colisión sobre la cabeza y cuello (que puede colisionar con el cristal) clavícula (comprimiendo el hombro), sobre el tórax (desgarrando la aorta) y sobre la pelvis (y empujando la cabeza del femoral).

Material principal para la inmovilización del paciente:

Collarín cervical: Indicado para la inmovilización del cuello evitando la flexo-extensión. Es el primer elemento que se coloca a la vez que manejamos la vía aérea. Este tipo de collarín no inmoviliza completamente así que deberemos continuar con la inmovilización manual hasta añadir otro dispositivo.

Dama de Elche: Impide los movimientos laterales del cuello. Se coloca después del collarín cervical liberándonos de la inmovilización cervical manual. Los orificios de los laterales nos permiten evaluar los oídos del paciente. Sus laterales trapezoides posibilitan adaptarlo al tablero espinal (poniendo la parte recta en contacto con el paciente) o en la camilla de cuchara (poniendo la parte angulada hacia el paciente).

Tablero espinal: Son superficies planas y rígidas de madera o de plástico, para inmovilizar y movilizar a accidentados. Soporta hasta 300 kg y miden entre 180 a 190 cm. Tiene aperturas laterales que permiten la fijación del collarín y el uso de cinchas o cinturones para el resto del cuerpo, además de servir como agarre de los rescatadores.

Dispositivo de extricación Kendrick: Una vez colocado el collarín cervical se mantiene al paciente en una posición ligeramente hacia delante, para dar espacio entre la espalda y el asiento del vehículo para la colocación del chaleco. Las aletas laterales se colocan hasta que estén en contacto con las axilas. Las cintas del torso se colocarán por colores a sus respectivas fijaciones. Las cintas de las ingles se fijan igual que las del torso, pero cada cinta se trabaja debajo del muslo y el glúteo del paciente con un movimiento hacia atrás y hacia adelante hasta que quede en línea recta en el pliegue interglúteo. Los genitales del paciente no deben quedar debajo de las correas, sino a un lado.

Camilla de cuchara: Es un tipo de camilla que se abre en dos mitades. Es especialmente útil para pacientes politraumatizados que hay que transferir al colchón de vacío.

Colchón de vacío: es un dispositivo compuesto por una funda de plástico externa y una capa interna de caucho, con forma de colchón y rellena por bolas de poliespán. Tras colocar al paciente sobre él, se comienza a extraer el aire del colchón volviéndose cada vez más rígido, creando un molde que se adapta al paciente, de tal forma que el paciente queda totalmente inmovilizado. Finalmente se usan unas correas para inmovilizar la totalidad del cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha descrito, el conocer la cinemática de los accidentes de tráfico, es fundamental para poder intuir qué ha pasado y las posibles lesiones que se pueden desarrollar en las horas sucesivas sobre el paciente. Las lesiones medulares son el principal motivo por el que se debe iniciar la inmovilización, desde el primer momento en el que se comienza con la extricación vehicular, por lo que se deberá tener conocimientos específicos de para qué y cómo se usan cada uno de los materiales de inmovilización que se encuentran en las ambulancias y equipos de rescate.

En emergencias, según las palabras de Nicholas Senn “el destino del herido yace en las manos de aquel que aplica la primera gasa”-.

6 Bibliografía

- 1.- Technicians NAOEM. PHTLS (Soporte Vital de Trauma Prehospitalario). 8th ed. EEUU: Jones&Bartlett Learning; 2016.
- 2.-López López JI. Extracción vehicular: seguridad e intervenciones de enfermería.; 2015 [cited 2023 10 1. Available from: http://congreso-enfermeria.es/libros/2015/salas/sala4/p_38.pdf.
- 3.- Ortiz Montero LL. Urgencias Médicas y Desastres. 2022..
- 4.-Asociación de profesores de física de Argentina. La investigación en la educación en la física: Estado actual y perspectivas. Revista enseñanza de la física. 2019 Dic; 31(2).
- 5.-Balas Pérez G. Utilización de la camilla de cuchara en el paciente traumático. Revisión bibliográfica. Conocimiento Enfermero. 2022;(17): p. 27-33.
- 6.-Villa Cuadro JE, Mejía Barrera JG. Guía prehospitalaria en el abordaje del paciente adulto en accidente vehicular. 2018. Colombia.

Capítulo 134

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: MEDIDAS PREVENTIVAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ENFERMERÍA

RAQUEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

ENRIQUE PALOMO DE GUZMAN

NURIA GIL PEÑA

PIEDAD DE LOS REYES

VERÓNICA CRESPO GINES

1 Introducción

El infarto de miocardio (IAM) es una enfermedad provocada por el deterioro y la obstrucción de las arterias del corazón, por lo que estamos hablando de un tipo de cardiopatía isquémica. Esta patología se produce principalmente por altos niveles de colesterol en sangre, lo cual provoca una acumulación de placas haciendo que el corazón no reciba la sangre suficiente y provocando, por tanto, un daño tisular irreversible.

La cardiopatía isquémica es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, tanto en hombres como en mujeres. El pronóstico de un paciente con IAM depende de la extensión del mismo y de la rapidez de la atención recibida. Se calcula que cerca del 40% de los pacientes fallecen antes de llegar al hospital, por lo que nos encontramos con una emergencia médica.

Existen ciertos hábitos modificables como el consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, obesidad y estrés que contribuyen a un mayor riesgo de padecer un infarto. Aunque no obstante, también nos encontramos con factores no modificables como por ejemplo la edad, el sexo y los antecedentes familiares.

Debido a su alta prevalencia, es fundamental que tengamos los conocimientos y la preparación suficiente para la prevención y detección temprana del mismo.

2 Objetivos

- Explicar las actuaciones de enfermería para la prevención del IAM.
- Recaltar la importancia de una buena formación desde el punto de vista de la educación 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 también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Dialnet, Google Académico y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El infarto agudo de miocardio (IAM), conocido también como ataque cardíaco, es una enfermedad que se produce cuando se interrumpe el flujo sanguíneo que lleva oxígeno al corazón de manera súbita, lo cual provoca la necrosis de la zona afectada. Este tipo de patología requiere una atención médica inmediata debido a que el riesgo de complicaciones e incluso de muerte es muy elevado.

Debemos tener en cuenta que cualquier persona puede sufrir un infarto de miocardio, pero no todas tienen el mismo riesgo. La genética, los antecedentes familiares y personales, así como el estilo de vida, son factores que influyen de gran manera en la predisposición de padecer esta enfermedad.

La lista de factores de riesgo para el IAM es bastante extensa y se puede clasificar en factores tanto modificables como no modificables. Entre los factores de

riesgo no modificables nos encontramos, por ejemplo, con la edad, el sexo y los antecedentes familiares. A medida que las personas son más mayores, sufren mayor riesgo de padecer un infarto. Los hombres mayores de 45 años y las mujeres mayores de 55 años tienen más riesgo que los hombres y las mujeres más jóvenes.

Por otro lado, como bien hemos mencionado anteriormente, existen varios factores modificables que pueden ayudar a prevenir este tipo de patología y es ahí donde destaca el papel de la enfermería como principal herramienta en la prevención y control de este tipo de factores de riesgo. El tabaquismo, la mala alimentación, la diabetes no controlada, el exceso de peso, la hipertensión, los altos niveles de colesterol en sangre y la inactividad física se encontrarían dentro de los factores de riesgo modificables. Se estima que, por ejemplo, en los fumadores el riesgo de padecer IAM aumenta de dos a cuatro veces. Por ello, es importante que, como enfermeros, insistamos en medidas de promoción de la salud cardiovascular.

Entre las principales recomendaciones que podemos ofrecer a los pacientes nos encontramos las siguientes:

- Insistir en la importancia de una alimentación variada y equilibrada. Debemos explicar la importancia de consumir frutas, verduras, hortalizas y reducir al máximo posible la sal, los azúcares y el alcohol.
- Promover el ejercicio físico. Es fundamental que cada paciente lo adapte a su condición y edad. Lo más recomendable es practicar ejercicio diariamente ya que el sedentarismo aumenta otros factores de riesgo como por ejemplo la obesidad.
- No fumar. El tabaco, como bien hemos mencionado, aumenta hasta cuatro veces el riesgo de padecer IAM.
- Controlar la tensión arterial y revisar colesterol y glucosa. Para ello se puede reducir el consumo de sal y evitar los embutidos y precocinados. La ayuda por parte de la enfermería para el control de dichas cifras es fundamental.
- Controlar el estrés y la ansiedad, ya que su aumento es peligroso para el corazón.

5 Discusión-Conclusión

El infarto agudo de miocardio es una patología urgente que está entre las principales causas de muerte a nivel mundial.

El papel de enfermería es fundamental para la prevención de factores de riesgo modificables, como la alimentación, que influyen significativamente a la hora de padecer un infarto agudo de miocardio. Una de nuestras funciones principales

sería, por tanto, promover la adopción de un estilo de vida saludable para así intentar reducir de manera significativa el riesgo de sufrir esta patología cardíaca. Para ello es fundamental conocer los factores de riesgo personales y realizar cambios en las conductas y estilos de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Ballesteros de la Cruz J. Actuación de enfermería ante un infarto agudo de miocardio [internet] 2019 [consultado 4 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-13/actuacion-de-enfermeria-ante-un-infarto-agudo-de-miocardio/>.
2. Maza Peón M, Peón Sánchez I, Larriba Llamas T, et al. Infarto agudo de miocardio [internet] 2022 [consultado 4 de octubre de 2023]; 3 (9).
3. Dattoli García CA, Jackson Pedroza CN, Gallardo Grajeda AL, et al. Infarto agudo de miocardio: revisión sobre factores de riesgo, etiología, hallazgos angiográficos y desenlaces en pacientes jóvenes [internet] 2021 [consultado 5 de octubre de 2023] 91(4), 485–492.

Capítulo 135

OBESIDAD INFANTIL.

PEDRO PEREZ LOPEZ

1 Introducción

En los últimos años, la obesidad se ha incrementado paulatinamente en la población infantil, debido a los malos hábitos higiénico-dietéticos, lo que ha provocado que se convierta en un problema de Salud Pública.

La obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares como hipertensión arteria y aterosclerosis, lo que implica un mayor riesgo de morbilidad en la vida adulta. A estas alteraciones se suman las consecuencias a nivel psicosocial por la alteración de la imagen física, una baja autoestima, aislamiento social, exclusión y otros patrones anormales de conducta. Estas consecuencias, además de afectar a la calidad de vida, a su vez tienen como resultado el crecimiento del costo individual, de la sociedad, de salud y baja productividad. Por todo lo que conlleva esta enfermedad, se deben tomar medidas preventivas para frenar el avance de la obesidad en la vida adulta, realizando recomendaciones dietéticas individualizadas, fomentando el ejercicio físico y modificando los hábitos de la población.

En el caso de una obesidad instaurada en la infancia, el tratamiento es complicado, ya que es necesario e imprescindible un entorno familiar adecuado que se implique tanto como el propio paciente. Es necesario llevar a cabo una dieta apropiada, modificando así patrones alimentarios incorrectos, combinándolo con un aumento de la actividad física, mejorando la actitud del paciente, y muchas veces de la familia, porque es su pilar fundamental del apoyo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la magnitud del problema de la obesidad en la población española infantil.

3 Metodología

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

4 Resultados

La prevención y promoción de la salud es un papel fundamental para evitar el aumento de peso, y se lleva a cabo por los profesionales de enfermería. Los buenos hábitos deben comenzar desde el primer año de vida, evaluando el crecimiento según talla y peso. Las desviaciones de las mismas deben ser valoradas y consultadas con la madre, y se realizará una valoración de la ingesta nutricional habitual y la actividad física conforme los requerimientos nutricionales y energéticos correspondientes a la edad.

Hay múltiples factores implicados en la obesidad, pero en donde realmente se puede actuar es sobre los factores ambientales, implantando buenos hábitos nutricionales y del estilo de vida desde la niñez. Se pueden aplicar cambios del estilo de vida de la mujer embarazada, modificando así los factores prenatales ambientales, y previniendo el sobrepeso, la diabetes gestacional, la prematuridad y el retraso del crecimiento intrauterino.

La finalidad de los programas de prevención de la obesidad será en primer lugar reducir el desarrollo del sobrepeso en personas en riesgo con peso normal, evitar que las personas con sobrepeso lleguen a ser obesos y evitar la ganancia de peso en personas con sobrepeso y obesidad. En segundo lugar, se debe de llevar a cabo un control de comorbilidad relacionado con sobrepeso y obesidad, lo que implica la reducción de la mortalidad. Se ha de tener en cuenta:

- Recomendaciones dietéticas: el aumento del consumo diario de fibra dietética, disminución de alimentos con alto contenido calórico como grasas o azúcares y el aumento del consumo de frutas y verduras son buenos hábitos para un estilo

de vida saludable y prevenir la obesidad. Hábitos que favorecen el desarrollo de obesidad y que son más habituales en el colectivo infantil son algunos como la ingestión incontrolada de bebidas azucaradas, como refrescos y zumos envasados, el aumento de las raciones servidas en el hogar y en restaurantes de comida rápida y el abuso de aperitivos normalmente altamente calóricos. También se recomienda la lactancia materna para la prevención de la obesidad.

- Fomento del ejercicio físico: es muy importante realizar ejercicio físico de forma regular, ya que previene el aumento de peso y es un modulador de la morbilidad, mientras que el sedentarismo favorece el aumento de peso y es un factor de riesgo cardiovascular. Se recomienda realizar al menos 30 minutos de ejercicio físico moderado o intenso varios días a la semana para prevenir la enfermedad cardiovascular, y el doble de ejercicio para evitar el aumento de peso. Es fundamental que existan espacios para la población en general, que haya espacios para el fomento de actividades deportivas, y haya programas adaptados para cada rango de edad.
- Cambio de hábitos en la población: son aconsejables cambios en la conducta alimentaria, realizando una limitación calórica flexible, evitando medidas estrictas. Se promoverá la alimentación ordenada basada en la dieta mediterránea, evitando alimentos con alto contenido calórico.

Sugerencias para la prevención de la obesidad:

- Embarazo: es recomendable mantener el IMC en rangos adecuados antes de quedarse embarazada, no fumar, realizar ejercicio físico moderado y adecuado y si se padece diabetes gestacional se debe llevar un control minucioso de la glucemia para evitar patologías fetales como macrosomía o malformaciones.
- Lactantes: se debe fomentar la lactancia materna durante un periodo mínimo de 3 meses y retrasar el inicio de bebidas azucaradas.
- Familia: es recomendable utilizar un lugar fijo para comer dedicando el tiempo necesario y no suprimir ninguna comida, en especial el desayuno. No se debe ver la televisión mientras se come, y puede ser beneficioso para calcular mejor las raciones, usar platos pequeños. Se debe evitar consumir refrescos o zumos azucarados a diario, así como restringir el consumo de bollería industrial, helados, palomitas, golosinas y aperitivos de alto contenido calórico, y fomentar el consumo de frutas y hortalizas al menos 5 veces al día. Se limitarán actividades sedentarias como la televisión, el ordenador o los videojuegos menos de 2-3 horas al día.

- Colegios: se deben revisar las máquinas expendedoras para que sirvan solo productos saludables, evitando contratos con empresas que sirvan otro tipo de productos altos en calorías. Es imprescindible instruir a los profesores en educación nutricional, incorporando estos conocimientos en las competencias escolares del alumno y educando a los niños desde etapas preescolares hasta la finalización de la educación obligatoria sobre estilos de vida saludables y adecuados. Se debe controlar la calidad nutricional de los comedores escolares y los puestos de golosinas, helados, etc., en las proximidades de los colegios. Se estimulará a la realización de ejercicio físico dedicando al menos 30-45 min, fomentando los deportes de grupo no competitivos y explicando los beneficios de la práctica regular de los mismos.
- Comunidad: sería beneficioso aumentar los espacios de recreo para niños y adultos de todas las edades. Se desaconseja el empleo de ascensores o escaleras mecánicas, siempre que sea factible. Se debe facilitar información de cómo comprar y escoger los alimentos más saludables, entendiendo la información nutricional de las etiquetas.
- Personal sanitario: los profesionales de la salud, y en concreto la enfermería, debe saber transmitir la información y los consejos adecuados a los pacientes sobre la nutrición. Debe explicar a los padres los factores de riesgo tanto genéticos como ambientales que pueden predisponer a la obesidad del niño. Dará consejos adecuados sobre la introducción progresiva de la alimentación complementaria. Llevará un control rutinario y adecuado de las curvas de talla-peso, advirtiéndole cualquier desviación del percentil. Se explicará a los padres las bases de una alimentación equilibrada y un estilo de vida saludable, así como la identificación de trastornos del comportamiento alimentario, de la imagen corporal o situaciones de riesgo de obesidad como embarazo, lactancia, menopausia, abandono del tabaco, cese de actividad deportiva, fármacos relacionados con la ganancia de peso, situación vital estresante, etc. Es recomendable incorporar protocolos de detección de sobrepeso y obesidad, fomentando el cálculo directo de las medidas antropométricas y los factores de riesgo asociados.
- Industria: es fundamental un etiquetado nutricional adecuado, sobre todo en los productos dirigidos a la población infantil con colores que indique el porcentaje de grasas y azúcares que contiene, fomentando juegos para que los niños aprendan a seleccionar alimentos, e incorporar productos saludables también en las celebraciones.

En 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo estableció la estrategia para la Nutrición, Actividad física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS), que

pretende fomentar iniciativas que ayuden a la promoción de una alimentación adecuada y saludable y a la prevención del sedentarismo a través de diferentes ámbitos de actuación. Esta estrategia abarca las áreas sanitaria y educativa e incluye actuaciones en todos los sectores que tienen una función importante en la prevención de la obesidad. Algunos de los objetivos principales de la estrategia NAOS son:

- Concienciar a la población del problema que la obesidad representa para la salud.
- Promover actuaciones que favorezcan que la población, en especial los niños y jóvenes, adopte hábitos saludables y se mantengan a lo largo de la vida.
- Impulsar la educación nutricional en el medio familiar, escolar y comunitario.
- Fomentar políticas y planes de acción destinados a corregir los hábitos alimentarios e incrementar la actividad física en la población, haciendo hincapié en los escolares. Deberán ser políticas sostenibles, integrales, y buscar una amplia participación de la sociedad.
- Favorecer un marco de colaboración con las empresas del sector alimentaria para promover la producción y distribución de productos que contribuyan a la adopción de una alimentación más sana y equilibrada.
- Sensibilizar a los profesionales del Sistema Nacional de Salud para impulsar la detección sistemática de la obesidad y el sobrepeso en la población.
- Realizar el seguimiento de las medidas propuestas y la evaluación de los resultados obtenidos a través de la Estrategia.

5 Discusión-Conclusión

Según los datos analizados en esta revisión se ha podido observar la gran importancia de esta enfermedad, a la que no se le concede la relevancia que precisa, ya que es un problema que continúa avanzando peligrosamente a edades cada vez más tempranas. Esto, unido a un estilo de vida que muestra malos hábitos higiénico-dietéticos, se traduce directamente en padecer en la edad adulta el sobrepeso y/u obesidad y una predisposición a enfermedades agudas y crónicas que incrementan notablemente las discapacidades.

Por todo ello, es necesario que los profesionales de enfermería, entre otros, ayuden a establecer patrones de alimentación saludables, promocionando la salud, y previniendo la obesidad desde la infancia, y así evitando un sinnúmero de enfermedades y complicaciones ligadas a ella, reduciendo el costo sanitario y ofreciendo de esta forma una calidad de vida óptima.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/childhood-obesity/symptoms-causes/syc-20354827>.
2. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/obesidad-infantil>.

Capítulo 136

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA DIVERTICULITIS AGUDA

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

GUSTAVO MUÑOZ MARIN

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

1 Introducción

La diverticulosis es una enfermedad cólica, esta es más frecuente en Occidente y llega a afectar al 10% de la población, el 80% de los afectados son asintomáticos y no hace falta tratar, si se inflaman o se infectan los divertículos entonces se llama diverticulitis.

La diverticulitis se puede confundir con muchas otras patologías como colitis, apendicitis, cáncer de colon o de ovario y neoplasias de las paredes del útero, para ello es muy importante realizar un buen diagnóstico mediante los diferentes tipos de pruebas como:

- . Tomografía axial computarizada abdominal o pélvico.
- . Ecografía abdominal.
- . Colonoscopia: para visualizar mejor las bolsas que puedan estar inflamadas.
- . Analítica de sangre y orina.

Otra complicación frecuente es la formación de abscesos que se producen cuando se acumula pus en las bolsas y puede empeorar el dolor y la fiebre. Las complicaciones más graves son, obstrucciones intestinales, perforaciones y peritonitis, esta última puede ser letal. Hasta un 8% de las complicaciones son fatales, por eso es importante realizar un buen diagnóstico a través de técnicas radiológicas para evitar cualquier complicación.

Los divertículos suelen aparecer cuando zonas débiles del colon ceden bajo presión y los factores de riesgo que puede aumentar la probabilidad de padecer esta enfermedad, son: Envejecimiento, obesidad, tabaquismo, falta de ejercicio, etc.

2 Objetivos

- Dar a conocer e indicar la enfermedad diverticular y sus posibles complicaciones por parte del equipo de enfermería que está en los centros sanitarios

3 Metodología

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

4 Resultados

Los divertículos son unas pequeñas bolsas que se forman en la mucosa y submucosa de la capa del colon de unos 5-10 mm. La diverticulitis ocurre cuando estas bolsas se inflaman o incluso se infectan. El 50% de las personas que lo sufren son mayores de 50 años, tienen divertículos y es más común en mujeres que en hombres.

El personal de enfermería comprobará la temperatura, la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno, además comprobará el buen estado general, tiene dolor y si está normocoloreada.

Las Pruebas complementarias son:

-La ecografía abdominal: muestra si hay un engrosamiento parietal del colon descendente y del sigma e imágenes diverticulares en la zona de mayor dolor.

-La tomografía axial computarizada: se realiza con contraste intravenoso donde se puede observar los divertículos inflamados a nivel del colon descendente y sigmoides.

El personal de enfermería con las pruebas físicas y las pruebas complementarias realizadas se diagnostica una diverticulitis aguda no complicada.

El síntoma más habitual que podemos encontrar es el dolor en la fosa iliaca izquierda, además suele aparecer acompañado de fiebre, diarrea, estreñimiento o náuseas, a veces también aparece la irritación de la vejiga, para ello es fundamental un buen diagnóstico.

Otra de las complicaciones más habituales puede ser la formación de abscesos que se producen cuando se acumula pus en las bolsas y puede empeorar el dolor y la fiebre. Las complicaciones más graves son, las obstrucciones intestinales, las perforaciones y la peritonitis, esta última puede ser letal.

Las medidas no farmacológicas serían ingesta solamente de líquidos sin alcohol y progresivamente ir introduciendo dieta blanda de contenido bajo en fibra.

Si existe un empeoramiento del dolor o persiste la fiebre, el paciente será hospitalizado para tratamiento con antibiótico intravenoso y una dieta absoluta.

5 Discusión-Conclusión

La diverticulitis es una complicación frecuente en personas con la presencia de divertículos, en principio no debería ser una patología de gravedad si se diagnostica lo antes posible y se trata a tiempo y de manera eficaz.

La mayor parte de estos pacientes con diverticulitis aguda no complicada y con la incapacidad para ingerir líquidos por vía oral se tratarán con antibióticos orales como el metronidazol o levofloxacino durante 7-10 días y con reposo intestinal de manera ambulatoria.

Si no se trata la inflamación, la diverticulitis puede derivar en problemas más graves como abscesos, hemorragias o peritonitis, donde la vida de la paciente correría peligro y se deberá realizar tratamiento quirúrgico. 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 137

ENFERMERÍA Y MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

GUSTAVO MUÑOZ MARIN

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

1 Introducción

La tensión arterial es un trastorno por el cual los vasos sanguíneos tienen persistentemente una tensión elevada, esta tensión se genera por la fuerza de empuje de la sangre a las paredes de las arterias cuando el corazón bombea. En cuanto a su diagnóstico, se considera como hipertensión cuando las cifras de tensión arterial son superiores a 140 milímetros de mercurio para la sistólica y 90 milímetros de mercurio para la diastólica, ya que cifras superiores a estas mantenidas en el tiempo son perjudiciales para el aparato cardio circulatorio.

Como sabemos, la hipertensión arterial es más común en hombres que en mujeres, según el estudio @diabetes.es el 42.6% de la población española es hipertensa, incrementándose estos datos en los varones (49.9%) que en las mujeres (37.1%), añadiendo que el 37.4% de los hipertensos están aún sin diagnosticar.

Actualmente para el diagnóstico de la hipertensión arterial se realizan tomas de tensión arterial en consulta durante varios días, en consulta, o en farmacia, sin embargo esta técnica tiene sus inconvenientes, como picos de tensión arterial elevada puntuales, o el conocido como fenómeno de la bata blanca, según el cual se registran cifras elevadas de tensión arterial cuando el paciente acude a consulta para su lectura.

2 Objetivos

Dar a conocer de monitorización ambulatoria de la presión arterial, indicando cómo ayuda a dar un diagnóstico más exacto y a evitar errores en el mismo producidos por cifras elevadas de tensión arterial puntuales.

3 Metodología

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

4 Resultados

La monitorización ambulatoria de la presión arterial, también llamada MAPA por sus siglas, es una técnica con la que se pretende medir la presión arterial de un paciente a lo largo de 24 horas, de forma periódica, normalmente cada 10-15 minutos durante el periodo de actividad y cada 30 minutos durante la noche, fuera del ámbito hospitalario, tratando de reproducir la vida cotidiana para que la efectividad de la misma sea máxima.

Esta prueba es realizada en los centros de Atención Primaria, por lo que el paciente deberá de acudir un día para que le coloque el esfigmomanómetro y acudir al día siguiente para retirarlo y realizar la lectura de los datos.

Esta técnica es especialmente útil cuando exista una sospecha de incremento de la presión arterial como consecuencia de la visita médica, provocando este “fenómeno de bata blanca” grandes discrepancias entre las tomas realizadas en la consulta y en la propia vida cotidiana. Por otro lado, esta técnica también nos va a permitir observar las variaciones y alteraciones de la presión arterial en lo que

se refiere a los niveles de actividad y a las diferentes fases del día, permitiéndonos también la correcta evaluación de la terapia antihipertensiva utilizada.

Por parte de enfermería hemos de realizar una correcta técnica de colocación del dispositivo tras el consentimiento del paciente, asegurarnos de informar siguiendo la escucha activa y resolviendo cualquier duda que el paciente pueda tener, además le explicaremos que para la correcta obtención de los datos, habrá de seguir una serie de pasos para la correcta utilización del dispositivo como: mantener siempre el monitor encendido, mantener el brazalete al mismo nivel del corazón, mantener el brazo firme durante las lecturas, realizarse la prueba en un día representativo del nivel habitual del paciente, evitar actividades de ejercicio físico inusual y tomar su medicación habitual y en el mismo horario.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto, existen varias técnicas para el diagnóstico de la hipertensión arterial; sin embargo, la técnica de monitorización ambulatoria de la presión arterial, nos ofrece la posibilidad de acercarnos lo máximo posible a los hábitos de vida normales del paciente. Esto, por supuesto tiene grandes ventajas, ya que nos permite ver claramente como cambia la presión arterial durante el día y la noche, recomendando su uso ya no únicamente en el diagnóstico, sino también en el seguimiento, la evaluación y el tratamiento.

Como contraparte esta es una técnica que a pesar de su precisión también cuenta con algunas limitaciones, como tener un personal familiarizado con la misma, e incomodidad para el paciente, principalmente debido al largo tiempo de empleo del esfigmomanómetro en comparación con las tomas de presión arterial convencionales, por lo que la educación es clave para que el paciente vea el beneficio de la misma, minimizando los errores y aportando una ventaja sobre la técnica convencional.

6 Bibliografía

1.SEMG - Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia [Internet]. GUÍA PARA EL ABORDAJE DE LA HIPERTENSIÓN POR EL FARMACÉUTICO COMUNITARIO EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: DOCUMENTO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR; [consultado el 16 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.semg.es/images/2022/Documentos/Guia_abordaje_HTA_AP.pdf

2..Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160.e1e78. Disponible en: https://journals.lww.com/jhypertension/Fulltext/2018/10000/2018_ESC_ESH_Guidelines_

Capítulo 138

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA Y MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARTA MONTEALEGRE PINARDO

MERCEDES BARRILERO FERNÁNDEZ DE LA PUEBLA

SHEYLA CARRETÓN CASTILLO

CARLOS JAVIER MARTÍNEZ VELA

GUSTAVO MUÑOZ MARIN

1 Introducción

La tensión arterial es un trastorno por el cual los vasos sanguíneos tienen persistentemente una tensión elevada, esta tensión se genera por la fuerza de empuje de la sangre a las paredes de las arterias cuando el corazón bombea. En cuanto a su diagnóstico, se considera como hipertensión cuando las cifras de tensión arterial son superiores a 140 milímetros de mercurio para la sistólica y 90 milímetros de mercurio para la diastólica, ya que cifras superiores a estas mantenidas en el tiempo son perjudiciales para el aparato cardio circulatorio.

Como sabemos, la hipertensión arterial es más común en hombres que en mujeres, según el estudio @diabetes.es el 42.6% de la población española es

hipertensa, incrementándose estos datos en los varones (49.9%) que en las mujeres (37.1%), añadiendo que el 37.4% de los hipertensos están aun sin diagnosticar. Actualmente para el diagnóstico de la hipertensión arterial se realizan tomas de tensión arterial en consulta durante varios días, en consulta, o en farmacia; sin embargo, esta técnica tiene sus inconvenientes, como picos de tensión arterial elevada puntuales, o el conocido como fenómeno de la bata blanca, según el cual se registran cifras elevadas de tensión arterial cuando el paciente acude a consulta para su lectura.

2 Objetivos

Dar a conocer de monitorización ambulatoria de la presión arterial, indicando cómo ayuda a dar un diagnóstico más exacto y a evitar errores en el mismo producidos por cifras elevadas de tensión arterial puntuales.

3 Metodología

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

4 Resultados

La monitorización ambulatoria de la presión arterial, también llamada MAPA por sus siglas, es una técnica con la que se pretende medir la presión arterial de un paciente a lo largo de 24 horas, de forma periódica, normalmente cada 10-15 minutos durante el periodo de actividad y cada 30 minutos durante la noche, fuera del ámbito hospitalario, tratando de reproducir la vida cotidiana para que la efectividad de la misma sea máxima.

Esta prueba es realizada en los centros de Atención Primaria, por lo que el paciente deberá acudir un día para que le coloque el esfigmomanómetro y acudir al día siguiente para retirarlo y realizar la lectura de los datos.

Esta técnica es especialmente útil cuando exista una sospecha de incremento de la presión arterial como consecuencia de la visita médica, provocando este “fenómeno de bata blanca” grandes discrepancias entre las tomas realizadas en la

consulta y en la propia vida cotidiana. Por otro lado, esta técnica también nos va a permitir observar las variaciones y alteraciones de la presión arterial en lo que se refiere a los niveles de actividad y a las diferentes fases del día, permitiéndonos también la correcta evaluación de la terapia antihipertensiva utilizada.

Por parte de enfermería hemos de realizar una correcta técnica de colocación del dispositivo tras el consentimiento del paciente, asegurarnos de informar siguiendo la escucha activa y resolviendo cualquier duda que el paciente pueda tener, además le explicaremos que para la correcta obtención de los datos, habrá de seguir una serie de pasos para la correcta utilización del dispositivo como: mantener siempre el monitor encendido, mantener el brazalete al mismo nivel del corazón, mantener el brazo firme durante las lecturas, realizarse la prueba en un día representativo del nivel habitual del paciente, evitar actividades de ejercicio físico inusual y tomar su medicación habitual y en el mismo horario.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto, existen varias técnicas para el diagnóstico de la hipertensión arterial; sin embargo, la técnica de monitorización ambulatoria de la presión arterial, nos ofrece la posibilidad de acercarnos lo máximo posible a los hábitos de vida normales del paciente. Esto, por supuesto tiene grandes ventajas, ya que nos permite ver claramente como cambia la presión arterial durante el día y la noche, recomendando su uso ya no únicamente en el diagnóstico, sino también en el seguimiento, la evaluación y el tratamiento.

Como contraparte esta es una técnica que a pesar de su precisión también cuenta con algunas limitaciones, como tener un personal familiarizado con la misma, e incomodidad para el paciente, principalmente debido al largo tiempo de empleo del esfigmomanómetro en comparación con las tomas de presión arterial convencionales, por lo que la educación es clave para que el paciente vea el beneficio de la misma, minimizando los errores y aportando una ventaja sobre la técnica convencional.

6 Bibliografía

1.SEMG - Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia [Internet]. GUÍA PARA EL ABORDAJE DE LA HIPERTENSIÓN POR EL FARMACÉUTICO COMUNITARIO EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: DOCUMENTO CONSENSO MULTIDISCIPLINAR; [consultado el 16 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.semg.es/images/2022/Documentos/Guia_abordaje_

HTA_AP.pdf 91

2..Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160.e1e78. Disponible en: https://journals.lww.com/jhypertension/Fulltext/2018/10000/2018_ESC_ESH_Guidelines_

Capítulo 139

CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA DE BAJO FLUJO Y 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. Requiere además de unos cuidados de enfermería específicos y de unos conocimientos previos sobre el manejo del paciente respiratorio que debe manejar enfermería.

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 dentro del ámbito hospitalario.

2 Objetivos

- Exponer los principales cuidados que debe seguir el personal de enfermería en el paciente con oxigenoterapia.
- Señalar los dispositivos más utilizados para la administración de oxígeno de bajo 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

4.1 La oxigenoterapia debe ser una práctica individualizada al paciente.

El uso de oxígeno no es una práctica exenta de riesgos ya que puede provocar efectos secundarios especialmente cuando el paciente está expuesto a una concentración alta de oxígeno durante más tiempo del necesario.

El paciente con pauta de oxígeno está expuesto a la liberación de radicales libres (relacionados con la toxicidad pulmonar) pero también a un aumento de la concentración de dióxido de carbono en determinados pacientes (que se conoce como hipercapnia). Esta cursa con síntomas como: obnubilación, taquicardia, desorientación, temblor, entre otros.

Otros efectos adversos habituales son un aumento en el riesgo de infección, mucosas secas e irritadas e incluso efectos muy graves (en ocasiones mortales) como explosiones debido a pacientes fumadores incapaces de dejar el tabaco.

La elección del dispositivo adecuado para la administración de oxígeno dependerá, sobretodo, del flujo (volumen de oxígeno) que queramos administrar. Para la administración de oxigenoterapia con un bajo flujo usaremos habitualmente gafas nasales, mascarilla simple y mascarilla con reservorio.

Las gafas nasales son un dispositivo de bajo flujo, es decir, serán idóneas para aquel paciente que precise una concentración baja de oxígeno.

El paciente respira de forma espontánea y recibe una parte de oxígeno de las gafas nasales pero otra parte del oxígeno ambiental, por lo que la fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) que recibe el paciente está entre un 24% y un 36 %. Cuando la fracción inspirada de oxígeno supera un 32% es cuando aparecen un aumento de las complicaciones asociadas a las gafas nasales (la mucosa nasal tiende a estar irritada y son frecuentes los sangrados nasales).

Las ventajas de las gafas o cánulas nasales son que el paciente puede seguir realizando las funciones vitales de la vida diaria (comer, hablar, espectorar, dormir, etc) sin interrupción del aporte de oxígeno por lo que son muy bien toleradas al contrario que la mascarilla de oxígeno. Sin embargo, con la máscara de oxígeno podemos controlar mejor la FiO_2 que se administra al paciente y poder administrar un flujo superior de oxígeno. La mascarilla simple tapa boca, mentón y nariz. Se sujeta mediante una cinta posterior.

La mascarilla con reservorio está indicada en aquellos pacientes que precisan una concentración de oxígeno más alta. La diferencia con la mascarilla simple es que posee un reservorio de plástico de color transparente que debe quedar hinchado. Está indicado tras retirada de un paciente intubado, en insuficiencia respiratoria grave y en la intoxicación por monóxido de oxígeno.

Con respecto a los cuidados de enfermería es imprescindible:

- Vigilar la saturación de oxígeno del paciente (habitualmente con un pulsioxímetro).

El valor habitual en paciente sin patología crónica debe estar por encima de 94% y en aquellos pacientes con patología respiratoria crónica será aceptable valores entre 88% y 92% para evitar una situación de hipercapnia.

- Se deberá revisar por turno que el flujo de la pauta de oxígeno sea el mismo que se está administrando al paciente.

- Vigilar el correcto funcionamiento del dispositivo respiratorio que esté usando el paciente y vigilar que no haya obstrucciones por mucosidad u otros factores.

- Hacer hincapié en una correcta higiene bucodental.

- En caso de desaturación repentina del paciente vigilar el circuito de oxigenoterapia, ya que es habitual que aparezcan acodamientos del cable, desconexión de la toma de oxígeno o mala posición del dispositivo.

5 Discusión-Conclusión

Resulta de vital importancia que el personal de enfermería esté entrenado y actualizado en la indicación y en el uso de los diferentes dispositivos respiratorios para poder brindar unos cuidados excelentes. La vigilancia de la administración de la oxigenoterapia reside en el personal enfermero y es por ello que es muy importante que al menos una vez por turno se comprueben los dispositivos que está utilizando el paciente, comprobar que la pauta médica y el flujo administrado al paciente sean los correctos y adaptar el flujo que recibe el paciente según vaya mejorando para poder ir retirando de forma progresiva el oxígeno hasta volver a su situación basal previa al ingreso para evitar las posibles complicaciones que pudieran surgir como consecuencia de una administración errónea o una sobredosificación de oxígeno en el paciente.

6 Bibliografía

1. Fuentes F. Oxigenoterapia: una práctica vital para enfermería [Internet]. 1 st ed. Oceano Medicina; 2023 [citado el 27 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://es.oceanomedicina.com/nota/enfermeria-es/oxigenoterapia-una-practica-vital-para-enfermeria/>
2. 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 29 Agosto 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/oxigenoterapia-caracteristicas-modos-administracion/>
3. De la Horra Gutiérrez I. ENFERMERÍA CLÍNICA I [Internet]. 1st ed. Cantabria. Unican.es. [citado el 27 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/674/course/section/330/Apuntes%2520de%2520Oxigenoterapia.pdf>

Capítulo 140

CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA EN LA CANALIZACIÓN Y UTILIZACIÓN DE UNA VÍA VENOSA PERIFÉRICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

CORA SÁNCHEZ VALERO

DAVID MORENO BERMEJO

1 Introducción

La canalización de una vía venosa periférica es una de las técnicas más habituales dentro del ejercicio profesional de un enfermero, más aún si cabe dentro del ámbito hospitalario donde lo más habitual es que la gran mayoría de pacientes ingresados sean portadores de alguno. Sin embargo, tanto este procedimiento como la posterior administración a través de la misma de medicación intravenosa no está exenta de riesgos.

Definimos canalización de vía periférica como la introducción en una vena superficial de un catéter de corta longitud con objetivos de diagnóstico o terapéuticos, habitualmente la extracción a través del catéter de muestras sanguíneas, la administración de medicamentos intravenosos o la reposición de fluidos a través de la vía intravenosa.

Los fármacos intravenosos habitualmente se diluyen según las características del mismo de forma adecuada y la administración de estos se podrá hacer de man-

era continúa (denominado infusión continúa), en bolo (con jeringa administrado directamente al paciente) o en forma de goteo.

En el siguiente capítulo se hará una revisión de los procedimientos que se deben llevar a cabo para minimizar los riesgos durante el procedimiento de canalización de la vía y de los signos y síntomas de alarma que podrían aparecer durante el mantenimiento y el uso de la misma.

2 Objetivos

- Exponer los materiales necesarios y la correcta técnica para canalizar una vía venosa periférica.
- Describir el correcto mantenimiento de una vía venosa periférica.
- Enumerar los problemas más habituales que aparecen en el paciente portador de vía venosa periférica.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha realizado una búsqueda exhaustiva de la mejor literatura científica disponible actualmente. 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 canalización de una vía venosa periférica necesitaremos el siguiente material:

- Gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- Compresor.
- Guantes para la persona que va a realizar el procedimiento y/o para los ayudantes del mismo si los hubiera y existe riesgo de que entre en contacto con fluidos del paciente.
- Angiocateter del calibre adecuado a las venas del paciente y/o al procedimiento para el cual canalizaremos la vía (No se requiere el mismo calibre para un niño pequeño, o para un paciente adulto quirúrgico, por ejemplo).

- Tapón antirreflujo o llave de tres pasos.
- Apósito estéril o esparadrapo.

Una vez que tengamos todo el material preparado, identificaremos al paciente al que vamos a realizar el procedimiento, le informaremos del procedimiento a realizar y generalmente nos dará su consentimiento de forma verbal. Solicitaremos (en la medida de lo posible) su colaboración para realizar la técnica, y si el paciente llevara puestos pulseras, anillos o reloj, le indicaremos que se lo retire. Tras ello colocaremos al paciente sentado con el brazo extendido en posición anatómica. Procederemos al lavado de manos del profesional (siempre y cuando se pueda y no sea una situación de urgencia) y tras ello se colocarán los guantes (de la talla adecuada al profesional). Colocaremos el compresor a una distancia de al menos 10 cm por encima de la zona donde vamos a realizar la punción. Palparemos la zona de punción, y evitaremos zona lesionada. Es en este punto donde nos daremos cuenta de si el calibre de aguja elegido es correcto o deberemos cambiarlo.

Desinfectaremos la zona a puncionar desde el centro y hacia fuera, en círculo con la solución antiséptica. Abrimos el catéter y ayudándonos de la mano no dominante, tensamos la piel. El bisel de la aguja debe mirar hacia arriba, y el ángulo será de treinta grados. Cuando el catéter esté en vena, refluirá sangre hacia el reservorio y será en ese momento en el que empujaremos para introducir en la vena el catéter de plástico. Tras ello retiramos el compresor y la aguja del catéter. Mediante presión en la punta del catéter introducido, taponaremos la salida de sangre mientras conectamos el tapón antirreflujo o la vía de 3 pasos. Comprobaremos la permeabilidad de la misma introduciendo con una jeringa suero fisiológico. Si la canalización es exitosa, procederemos a fijar la vía venosa periférica con el apósito estéril y/o esparadrapo.

Es importante asegurarnos de que el paciente no tiene ninguna alérgica antes de introducir ningún tipo de medicamento en vena.

Para el mantenimiento de la vía venosa periférica tendremos en cuenta una serie de recomendaciones:

- Deberemos vigilar el punto de inserción al menos cada 24 horas para vigilar que no existe ningún problema.
- Cambiaremos el apósito de sujeción si lo hemos deteriorado (levantado, sucio, etc.).
- No mojar el apósito y la vía venosa periférica. Indicaremos al paciente que si se ducha debe proteger la zona con una bolsa de plástico e intentar no meter ese brazo en la ducha.

- Se comprobará la permeabilidad del catéter con la introducción en bolo de 5-10 ml de suero salino fisiológico 0'9% antes y tras la administración de medicación intravenosa.
 - Ante la sospecha o la certeza de extravasación, detendremos la infusión y procederemos a retirar el catéter. Existen protocolos individualizados de actuación para algunos medicamentos concretos.
- Dentro de los problemas más habituales que aparecen como consecuencia de una canalización endovenosa nos encontramos: flebitis, obstrucción del catéter, extravasación, infiltración y salida accidental del catéter.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería debe conocer y poner hincapié en realizar una técnica correcta en la canalización de vías venosas periféricas, ya que es una técnica que se realiza en la casi totalidad de los pacientes hospitalarios.

Es muy importante elegir una buena vena, en la zona idónea, según el procedimiento a realizar y sobre todo elegir un calibre adecuado para evitar problemas de flebitis y/u otras complicaciones. Es muy importante realizar una buena desinfección de la piel previa a la técnica, así como realizar un buen lavado de manos del personal y el posterior mantenimiento de la vía periférica para evitar complicaciones en el paciente.

La enfermera es la responsable de valorar si la vía venosa periférica está en buen estado o si existe algún problema que nos haga sospechar de posibles complicaciones antes de administrar cualquier fluido intravenoso y empeorar la situación. Por ello es de vital importancia conocer los posibles problemas derivados de la canalización y/o mantenimiento del catéter endovenoso.

6 Bibliografía

1. Johann DA et al. Risk factors for complications in peripheral intravenous catheters in adults: secondary analysis of a randomized controlled trial. [Internet] Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2833.
2. Madrid.es [Internet] Madrid: SAMUR. [consultado 24 Feb 2023] Canalización vías venosas periféricas [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/604_02.htm
3. Empedium.com [Internet] Cracovia: EMPEDIUM; [Internet]. [Consultado 13 oct 2023]. Canalización venosa periférica [aprox. 4 pantallas] Disponible en: <https://empedium.com/manualmibe/compendio/chapter/B34.IV.24.5.2>.

4. Egido Fernández MA et al. Protocolo de canalización, mantenimiento y uso de la vía venosa periférica. 2 nd ed. Albacete: Sescam. 2008.

Capítulo 141

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

SONIA MENÉNDEZ GARCIA

1 Introducción

Podemos definir el Servicio de Urgencias como aquel al que las personas acuden cuando sufren situaciones que pueden poner en riesgo su salud o empeorarla como:

- * Accidente de tráfico, doméstico, trabajo, etc.
- * Aparición inesperada de un cuadro grave.
- * Empeoramiento de una enfermedad crónica.

En el entorno de urgencias, el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería TCAE desempeña un papel fundamental, donde se requiere atención médica inmediata para pacientes que presentan enfermedades o lesiones agudas. Su función es esencial para garantizar una atención de calidad y apoyar al personal de enfermería y médicos en la prestación de servicios de atención de urgencia.

Durante el servicio se encarga del estado tanto físico como psicológico de los pacientes desde su llegada a Urgencias como de su partida, bien sea dado de alta o como trasladado a otra unidad hospitalaria.

En este servicio, el Técnico de Cuidados de Enfermería TCAE hace frente a todo tipo de situaciones, pues es el servicio donde se pueden ver más variedad de patologías muy diferentes entre sí. Desde una apendicitis a un atropello múltiple de varias personas con diferentes patologías o lesiones.

Por ello deberá estar preparado para reaccionar ante cualquier situación que pueda producirse con el protocolo adecuado a cada situación.

2 Objetivos

Exponer las funciones del personal TCAE en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una búsqueda sistemática en distintos medios de información como en libros específicos, páginas relacionadas en las funciones del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería TCAE, también se han consultado artículos en bases de datos como protocolos de actuación y visualización de distintos canales.

4 Resultados

El Técnico de Cuidados de Enfermería TCAE suele ser el encargado de recibir a los pacientes que llegan a la unidad de urgencias, obtener su información básica, registrar sus síntomas y quejas, y realizar una evaluación inicial de su estado. Lo cual les ayuda a llevar a cabo el protocolo que sea necesario según las circunstancias de cada paciente.

Asegura que la sala de urgencias esté ordenada y equipada con los suministros necesarios para el tratamiento de emergencia, como material de curación, medicamentos, equipos y dispositivos de motorización.

El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería también se encarga de que el box quede otra vez limpio y acomodado para recibir al siguiente paciente.

Colabora en la realización de procedimientos médicos bajo la supervisión de un enfermo o médico como la administración de medicamentos, enemas.

Ayuda a los pacientes en su movilización, traslado a camillas o sillas de ruedas, y asiste en la transferencia segura de pacientes con necesidades especiales.

Toma y registra los signos vitales de los pacientes, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la temperatura.

Puede realizar pruebas no invasivas como electrocardiogramas.

Realiza la higiene personal, el cambio de ropa y la alimentación.

Mantiene una comunicación efectiva con los pacientes y sus familias, proporcionando información sobre los protocolos de visitas, información médica del

paciente a las familias, etc. También tranquilizando a los pacientes.

El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería TCAE también es el responsable de mantener al día el registro de recogida de heces, orina, esputos, etc.

Se encarga del mantenimiento y limpieza de los equipos médicos y de seguridad usados en la unidad de Urgencias.

El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería TCAE sigue los protocolos y normas de seguridad del hospital para garantizar un entorno seguro tanto para los pacientes como para el personal.

Por último, se encarga de ayudar en lo necesario al paciente una vez ha recibido el alta o lo prepara para su traslado a planta en el caso de quedar ingresado en el Hospital.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el Técnico de Cuidados de Enfermería TCAE en urgencias desempeña un papel crucial en el equipo de atención médica, brindando apoyo esencial para garantizar una atención de calidad y una experiencia más cómoda y segura para los pacientes. Trabaja en estrecha colaboración con las enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud, observando en todo momento e informando de cualquier cambio que se pueda producir en el estado de salud del paciente para garantizar una atención integral en situaciones de urgencia.

Manteniendo siempre en perfecto estado tanto el entorno de trabajo como todo el material necesario para la realización de las distintas técnicas por el equipo médico y de enfermería.

6 Bibliografía

* Revistamédica.com

* Edición especial del TCAE 2018

* Educativo.net

Capítulo 142

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CENTROS RESIDENCIALES DE MAYORES

MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ

LAURA RUFO PADILLA

MONICA RUFO PADILLA

SAMAY PEREZ GOMEZ

1 Introducción

Las residencias de mayores son centros institucionales que brindan la posibilidad de internamiento a aquellas personas que, dada su situación de salud, sus características personales, patologías asociadas o simplemente por decisión propia, abandonan sus hogares habituales para trasladarse a estos de manera temporal o definitiva.

En estos centros de mayores la atención que reciben los usuarios es integral e integrada, cubriendo todas sus necesidades físicas, personales y de atención, dando soporte no solo plenamente asistencial, sanitaria, sino muchas veces también social, prestando servicio religioso, de estética al contar con peluquería o servicio de podología, de lavandería, cocina, limpieza...

La gran mayoría de estos centros cuenta con un equipo multidisciplinar para llevar a cabo la atención de sus residentes, contando con un médico, personal de enfermería, terapeutas ocupacionales, psicólogo... y por supuesto, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, son, comúnmente, el personal más numeroso que trabaja en estos centros de mayores, ya que son los encargados de atender la mayoría de necesidades de los usuarios, encargándose de sus cuidados personales y de prestarles asistencia en aquellos procesos que no puedan llevar a cabo de manera autónoma, los cuales desarrollaremos más detenidamente en el presente trabajo.

2 Objetivos

1. Conocer las funciones que desarrolla en Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la atención a los pacientes en centros de mayores.

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 procedemos a desarrollar las funciones y características del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los centros residenciales de mayores.

- Funciones:

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará de llevar a cabo el cuidado y asistencia de los residentes, encargándose de colaborar con ellos en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

En pacientes dependientes, será el técnico el que se encargue directamente de llevar a cabo estas actividades esenciales para el correcto mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas usuarias, encontrando entre ellas las necesidades de higiene, vestido, alimentación, traslados, movilizaciones y apoyo psicosocial.

- Características:

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe llevar a cabo un rol de escucha activa y empatía en el trato con los residentes, ya que en la mayoría de las ocasiones, la mayor parte del tiempo, la interacción de los mayores que residen en estos centros se lleva a cabo con estos profesionales sanitarios, debido a que son estos los encargados de realizar prácticamente la totalidad de las funciones de asistencia.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe contar con una preparación física adecuada y unos conocimientos previos sobre como llevar a cabo ciertas actividades que de no ser desarrolladas correctamente pueden implicar lesiones a corto y largo plazo, como la movilización de pacientes o los traslados de los mismos silla-cama, cama-sillón, etc.

La profesionalidad en la atención de las personas residentes juega un papel principal, recordando en todo momento el derecho a la intimidad de cada usuario, la protección de datos de carácter personal y el deber de guardar el secreto profesional, sin comprometer en ningún caso la integridad física, emocional o moral de las personas que reciben los cuidados en los centros de mayores.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un pilar fundamental en los centros de mayores al tratarse de los profesionales sanitarios que trabajan de forma más directa y estrecha con los residentes, al ocuparse de la mayoría de los cuidados diarios que estos necesitan

Por ello han de contar con unas destrezas físicas, sociales y sanitarias que les permita desarrollar sus funciones de manera correcta y eficaz, aumentando así el bienestar y la seguridad de las personas a las que prestan sus servicios de atención.

En enfoque multidisciplinar de estos centros hace que estén preparados para aportar un servicio integral a los residentes que se encuentran internalizado, los cuales pueden cubrir todas sus necesidades principales sin necesidad de salir del centro, salvo excepciones donde han de ser derivados a los servicios de salud especializados, como hospitales o servicios de urgencias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 143

ACTUACIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA EMERGENCIA SANITARIA. PRIMEROS AUXILIOS.

LAURA RUFO PADILLA

MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ

SAMAY PEREZ GOMEZ

MONICA RUFO PADILLA

1 Introducción

Una emergencia sanitaria se refiere a una situación inesperada o crisis en el ámbito de la salud que representa una amenaza significativa para el paciente o que supera la capacidad normal de respuesta de los sistemas de salud. Estas situaciones pueden incluir brotes de enfermedades infecciosas, desastres naturales, eventos químicos o radiológicos, y otros eventos que requieren una acción inmediata para prevenir la propagación de la enfermedad, proteger la salud del paciente afectado y mitigar sus efectos.

Los primeros auxilios son el conjunto de procedimientos y técnicas básicas de atención médica inicial que se aplican inmediatamente después de un accidente,

lesión o enfermedad súbita con el fin de prevenir complicaciones, aliviar el sufrimiento y estabilizar la condición del paciente antes de que llegue la atención médica profesional.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es un profesional cualificado para llevar a cabo una serie de primeros auxilios a los pacientes en situación de riesgo dada su formación académica que los capacita para esta función.

En el presente trabajo desarrollaremos el modo correcto de proceder por parte del técnico en cuidados auxiliares ante una emergencia sanitaria y como llevar a cabo los primeros auxilios dependiendo del tipo de accidente que haya sufrido la víctima.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la actuación del TCAE en primeros auxilios.

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

El modo de proceder ante una emergencia sanitaria por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería conlleva varios pasos. El primer paso de actuación será llevar a cabo la conducta P.A.S, la cual quiere decir que lo primero que tendremos que hacer es proteger la integridad del paciente y la nuestra propia, continuaremos por avisar al equipo médico y por último trataremos de socorrer al paciente empleando nuestros conocimientos sobre primeros auxilios dependiendo de la situación a la que nos enfrentemos.

Se deberá llevar a cabo la evaluación tanto del paciente comprobando sus signos vitales y la presencia de cualquier lesión o enfermedad evidente, como del entorno en busca de otros peligros potenciales que comprometan la seguridad del

paciente o la nuestra.

Hay diferentes tipos de auxilios a aplicar. Los primeros auxilios abarcan una amplia variedad de formas de atención dependiendo de cada caso y del tipo de problema presentado. Los más comunes son la realización de la reanimación cardiopulmonar ante una parada cardiorrespiratoria, el control de hemorragias, el manejo de quemaduras, fracturas y lesiones y la aplicación de técnicas de primeros auxilios en situaciones como asfixia, shock, picaduras y mordeduras, entre otras.

Por ello el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá contar con formación específica y amplios conocimientos en como actuar en cada una de las anteriores situaciones, llevando a cabo la tarea de aplicar los primeros auxilios de manera rápida, efectiva y segura, ya que un modo incorrecto de proceder puede agravar el estado de salud de la víctima, llegando a comprometer su vida en algunas situaciones en las que esta depende de la rápida actuación de las personas que se encuentran en el entorno de la víctima.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene, entre sus competencias profesionales, el deber de prestar primeros auxilios a los pacientes ante una emergencia sanitaria que pueda causar problemas en su salud o comprometan su vida si no se interviene de manera inmediata en restablecer sus condiciones normales de salud.

La formación que recibe el técnico en cuidados auxiliares de enfermería lo habilita para llevar a cabo una serie de primeros auxilios, como la reanimación cardiopulmonar, el manejo de hemorragias, fracturas, shocks anafilácticos, quemaduras, etc.

Los primeros auxilios son un componente esencial de la atención médica de emergencia, ya que pueden marcar la diferencia en la supervivencia y el pronóstico de un paciente antes de la llegada de profesionales de la salud. La formación adecuada en primeros auxilios es fundamental para que las personas puedan brindar ayuda efectiva en situaciones de emergencia, y se promueve ampliamente a nivel comunitario y laboral para garantizar la seguridad y el bienestar de la sociedad en general.

6 Bibliografía

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

Capítulo 144

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA Y EL ENFERMO TERMINAL.

MARÍA DEL ROSARIO GRANDE BASTANTE

SALVADOR MANUEL ROSO AMARO

NATALIA SOTO GARCIA

MARÍA ÁNGELES DEL CERRO HUMANES

1 Introducción

Un paciente terminal se refiere a una persona que ha sido diagnosticada con una enfermedad o condición médica avanzada, progresiva e incurable que, en última instancia, llevará a su fallecimiento. Esta fase final de la enfermedad se caracteriza por la certeza médica de que la persona no se recuperará y que su vida se encuentra en su etapa final.

Estas personas se enfrentan a una enfermedad que no tiene cura médica conocida. Puede ser una enfermedad crónica avanzada, como el cáncer en etapa terminal, enfermedades neurológicas degenerativas, insuficiencia cardíaca avanzada o enfermedades pulmonares graves, entre otras. O bien, los médicos han determinado que el paciente tiene un tiempo de vida limitado, generalmente estimado en semanas, meses o, en algunos casos, años, pero en cualquier caso, se espera un desenlace fatal.

Los pacientes terminales suelen recibir cuidados paliativos, que se centran en aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida. Esto incluye el control de síntomas como el dolor, la ansiedad y la dificultad para respirar.

Estos pacientes y sus familias a menudo enfrentan decisiones difíciles sobre el tratamiento médico y los cuidados al final de la vida. Estas decisiones pueden incluir la suspensión de tratamientos agresivos o la elección de cuidados centrados en la comodidad.

Tanto ellos como sus seres queridos experimentan un gran estrés emocional y pueden beneficiarse de apoyo psicológico y social para lidiar con la situación.

En muchos casos, los pacientes terminales reciben cuidados de hospicio, que se enfocan en brindar cuidados compasivos y de apoyo al final de la vida, permitiendo que el paciente permanezca en su hogar o en un entorno de cuidado especializado.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en el enfermo terminal.

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

El cuidado de pacientes terminales es una de las áreas más sensibles y desafiantes en el campo de la atención médica, y los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel esencial en proporcionar atención compasiva y apoyo a estos pacientes. Los pacientes terminales son aquellos cuya enfermedad ha progresado a un punto en el que se espera un desenlace fatal en un futuro cercano. Aquí se describen algunas de las funciones y consideraciones clave de los TCAE en el cuidado de pacientes terminales:

Estos profesionales son los responsables de brindar un cuidado compasivo y centrado en el paciente. Esto implica ser sensible a las necesidades emocionales, fisi-

cas y espirituales de los pacientes y sus familias. La empatía y la comunicación efectiva son fundamentales para establecer una relación de confianza y proporcionar apoyo emocional.

Los pacientes terminales a menudo experimentan una serie de síntomas como dolor, dificultad para respirar, náuseas y ansiedad. Los auxiliares trabajan en colaboración con el equipo de atención médica para ayudar en el control de estos síntomas, administrando medicamentos según las indicaciones y brindando cuidados de confort.

La movilización y el cambio de posición son importantes para prevenir la formación de úlceras por presión y mantener la comodidad del paciente. Los TCAE pueden ayudar en la movilización de pacientes para aliviar la incomodidad y garantizar que estén en una posición adecuada.

El cuidado de la higiene personal es esencial para la comodidad y la dignidad del paciente, con lo cual, estos trabajadores deben asistir al paciente en su higiene, incluyendo baños, cambios de ropa y aseo bucal.

Para algunos pacientes terminales, la alimentación puede ser un desafío. Los TCAE pueden ayudar a los pacientes a comer, beber y administrar la nutrición de acuerdo con las preferencias del paciente y las indicaciones médicas.

El cuidado de pacientes terminales también incluye el apoyo a las familias y seres queridos y es necesario proporcionarles información y orientación a las familias sobre qué esperar y cómo cuidar a su ser querido en esta etapa.

Estos técnicos trabajan en estrecha colaboración con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud para garantizar que se brinde una atención integral y coordinada al paciente terminal. Esto incluye la comunicación efectiva sobre las necesidades y los cambios en el estado del paciente.

Es fundamental respetar la autonomía del paciente, incluso en las decisiones sobre su atención médica y los cuidados al final de la vida. Los TCAE deben trabajar en estrecha colaboración con el equipo de atención médica para garantizar que se cumplan los deseos y preferencias del paciente en la medida de lo posible.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado de pacientes terminales en hospitales es una tarea delicada y esencial para proporcionar una atención compasiva y garantizar una transición tranquila en la etapa final de la vida. Los profesionales de la salud, como los TCAES, de-

sempañan un papel crucial en el alivio del sufrimiento, el apoyo emocional y la toma de decisiones éticas. Los cuidados paliativos y el hospicio son enfoques comunes para mejorar la calidad de vida de los pacientes terminales. La comunicación abierta y el respeto por las preferencias del paciente y sus seres queridos son fundamentales para brindar un cuidado compasivo y centrado en el paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 145

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) Y LA OXIGENOTERAPIA

MARÍA DEL ROSARIO GRANDE BASTANTE

SALVADOR MANUEL ROSO AMARO

NATALIA SOTO GARCIA

MARÍA ÁNGELES DEL CERRO HUMANES

1 Introducción

El suministro de oxígeno a pacientes es una práctica esencial en la atención médica que se utiliza para mejorar la oxigenación en personas con deficiencias respiratorias o para mantener la función vital en situaciones críticas. El oxígeno es necesario para que el cuerpo funcione adecuadamente, y su administración puede marcar la diferencia en la recuperación y el bienestar del paciente.

La forma más común de suministrar oxígeno a los pacientes es mediante el uso de cánulas nasales, máscaras faciales o dispositivos de alto flujo. Estos dispositivos se conectan a tanques de oxígeno o sistemas de suministro de oxígeno centralizados en los hospitales.

La administración de oxígeno se realiza bajo la supervisión de profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y técnicos de atención médica. Se ajusta cuidadosamente la concentración y el flujo de oxígeno según las necesidades del paciente, que pueden variar según la condición médica y los niveles de saturación de oxígeno en sangre.

La administración de oxígeno es esencial en una variedad de situaciones, como en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, enfermedades pulmonares crónicas, cirugías, traumatismos graves o situaciones de emergencia. La rápida respuesta y la administración adecuada de oxígeno pueden marcar la diferencia en la vida de un paciente y contribuir a su estabilización y recuperación. La seguridad en la administración de oxígeno es fundamental, y la formación adecuada de los profesionales de la salud garantiza su uso eficaz y seguro.

2 Objetivos

- Explicar el trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, en el suministro de oxígeno a los enfermos 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

Tipos de suministro de oxígeno de los que debe ser conocedor el TCAE:

-Oxígeno a través de cánula nasal:

La cánula nasal es un dispositivo médico que se coloca en las fosas nasales del paciente para suministrar oxígeno en concentraciones específicas. Los TCAE suelen ser responsables de colocar la cánula nasal en el paciente según las indicaciones médicas. Esto implica asegurarse de que la cánula esté ajustada de manera adecuada y que el flujo de oxígeno esté configurado según lo ordenado por el médico. También deben supervisar continuamente al paciente para garantizar que esté recibiendo la cantidad de oxígeno necesaria y que la cánula nasal esté en su lugar de manera segura.

-Máscaras de oxígeno:

Las máscaras de oxígeno son dispositivos que cubren la nariz y la boca del paciente y proporcionan una mayor concentración de oxígeno que la cánula nasal. Los TCAE pueden ser responsables de aplicar y ajustar la máscara de oxígeno,

asegurándose de que se ajuste de manera segura y cómoda en el paciente. También deben monitorear la tolerancia del paciente a la máscara de oxígeno y comunicar cualquier problema o molestias al personal de enfermería.

-Ventilación mecánica:

En situaciones más críticas, como en unidades de cuidados intensivos, los pacientes pueden requerir ventilación mecánica para ayudarles a respirar. Los TCAE pueden colaborar en la preparación y el monitoreo de los pacientes bajo ventilación mecánica. Esto puede incluir la verificación de los ajustes de la máquina de ventilación, la observación de la presión de las vías respiratorias y la comunicación de cualquier cambio en el estado del paciente al personal de enfermería o al médico.

-Oxígeno a través de gafas nasales de alto flujo:

Las gafas nasales de alto flujo son un dispositivo que proporciona una alta concentración de oxígeno a través de las fosas nasales. Los TCAE pueden ser responsables de la aplicación y ajuste de estas gafas según las indicaciones médicas. También deben monitorear la respuesta del paciente a este tipo de suministro de oxígeno y comunicar cualquier cambio en la saturación de oxígeno o la comodidad del paciente.

-Cámara hiperbárica:

En casos especiales, como en el tratamiento de heridas crónicas o enfermedades de descompresión, se utiliza una cámara hiperbárica para administrar oxígeno a presiones más altas que las normales. Los TCAE pueden ayudar en la preparación del paciente antes de entrar en la cámara, asegurándose de que estén cómodos y comprendan el procedimiento. Durante la terapia, deben mantener una comunicación constante con el paciente y estar preparados para responder a cualquier necesidad o inquietud que puedan surgir.

-Nebulización de oxígeno:

La nebulización de oxígeno implica la administración de una mezcla de oxígeno y medicamentos líquidos inhalables a través de una máquina nebulizadora. Los TCAE pueden ser responsables de configurar y administrar la nebulización de oxígeno según las indicaciones médicas. También deben asegurarse de que el paciente esté utilizando el dispositivo de manera efectiva y de que se estén administrando los medicamentos adecuados.

-Oxigenoterapia de alto flujo:

La oxigenoterapia de alto flujo es un tipo de suministro de oxígeno que proporciona un flujo continuo de aire enriquecido con oxígeno a través de un dispositivo especial. Los TCAE pueden estar involucrados en la configuración y el monitoreo de la oxigenoterapia de alto flujo, asegurándose de que el paciente esté recibiendo

la concentración de oxígeno correcta y de que el dispositivo esté funcionando correctamente.

5 Discusión-Conclusión

Entre muchas de las funciones del TCAE, se encuentra la del suministro de oxígeno a los pacientes o enfermos.

El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene un papel importante en la administración de diferentes tipos de suministro de oxígeno a los pacientes en el entorno de atención médica. Su responsabilidad incluye la preparación, aplicación, ajuste y monitoreo de los dispositivos de oxígeno según las indicaciones médicas. El suministro de oxígeno es esencial para el tratamiento y la estabilización de pacientes en diversas condiciones médicas, y la contribución de los TCAE es primordial para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 146

FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN QUIRÓFANO.

CAROLINA BERNAL MUÑOZ

MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ LÓPEZ

ROSA MONTERO NÚÑEZ

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

1 Introducción

El quirófano es un área aislada dentro del hospital donde se interviene quirúrgicamente a los pacientes que presenten esta necesidad por cualquier patología.

Es un espacio restringido y donde solo tienen acceso los equipos multidisciplinares que ejercen en ella, está compuesta por tres áreas bien definidas, fuera de las zonas más críticas y denominada como zona negra donde ejercen sus funciones de administración.

A Continuación se encuentra la zona gris que hace de antesala y donde se encuentran los equipos necesarios para actuar durante la operación y la zona blanca que recoge el espacio donde se va a llevar a cabo la intervención, este es el área más crítica, con exigencias muy altas de asepsia, limpieza y esterilización por el

compromiso que se tiene con el paciente para que la cirugía se lleve a cabo y evitando la entrada de patógenos durante el procedimiento,

Todo el personal sanitario que participa activamente en la cirugía tiene el deber y el compromiso de pasar a quirófano correctamente limpio, sin joyas, y con los EPIS adecuados para que la intervención sea un éxito.

Los técnicos auxiliares de enfermería forman parte de este equipo multidisciplinar y elaboran su trabajo bajo inspección de médicos y enfermeras de manera estructurada y alerta a entregar todos los elementos mobiliario, equipos, aparatos necesarios para que la cirugía sea exitosa.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en el quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 TCAE son muy amplias y extensas, en este ámbito esta trabajadora sanitaria recibe al paciente comprobando con los datos que es el paciente correcto y le indicará donde puede cambiarse y prestando su ayuda, si la necesitará, rasurará si fuera necesario preparando al paciente.

El quirófano estará preparado para la recepción del paciente y la intervención, es también responsable de la limpieza y la desinfección de los materiales, muebles, aparataje, etc. Es su responsabilidad de tenerlo todo impoluto preparado y dispuesto para su uso, también la preparación y verificación de los equipos que usarán enfermeros y médicos.

Una vez que el paciente entra en quirófano, el TCAE ayuda al paciente a la correcta posición dependiendo de la anestesia que se va a poner, ayudará a la enfermera dando el material que sea requerido para poner sonda vesical, sonda nasogástrica, vías venosas, sujeciones etc.

El TCAE participa ayudando a vestirse a cirujanos, anestesistas y enfermeras, colocando y atando las batas, mascarillas y guantes. Atenderá cualquier necesidad de material, o ayuda al equipo que intervienen durante la cirugía, ayudando hasta donde sus funciones le permiten y una vez se acabe la cirugía ayudará a trasladar al paciente de la mesa de operaciones a la camilla.

El final de la intervención implica la recogida, limpieza y preparación de material para su esterilización del quirófano, dejando este en condiciones óptimas e inmejorables para la recepción de paciente nuevo, tiene como función de reponer todo el material usado y desechar todo el utilizado en las zonas y depósitos adecuados para su correcta eliminación.

También debe mantener en un estado de aseo y limpieza óptimo el aparataje, bombas de infusión, respiradores, motores, consolas, torres de toracoscopia, artroscopia, laparoscopia, microscopios, etc. siguiendo las normas y el protocolo por el que se rige.

5 Discusión-Conclusión

El equipo multidisciplinar que trabaja en quirófano tiene una estrecha y organizada relación, el técnico auxiliar de enfermería es supervisada en todo momento por médicos y enfermeras para que esta haga su labor de manera funcional, sin problemas y con total flexibilidad, la formación de este auxiliar es adecuada para desarrollar su trabajo y poder prestar ayuda, ya que también es conocedora de los protocolos que se ejercen dentro de esta área que debe constar con unas características muy específicas y especiales para ahorrar infecciones, bacterias virus etc. Provocando alteraciones en la salud del paciente y pudiéndolo llevar a enfermar en ocasiones gravemente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 147

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCION DE ENFERMERDADES POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILAIRES DE ENFERMERÍA (TCAE).

MONICA RUFO PADILLA

LAURA RUFO PADILLA

SAMAY PEREZ GOMEZ

MARÍA ISABEL CORTES MARTÍNEZ

1 Introducción

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades son dos temas de gran relevancia en el campo de la salud pública y de la atención médica, ya que tienen como finalidad la mejora de la calidad de vida de las personas y comunidades al prevenir enfermedades y promover un estado de bienestar físico, mental y social.

La promoción de la salud se define como el conjunto de estrategias, políticas y acciones encaminadas a fomentar y fortalecer la salud y el bienestar de las personas y las comunidades. Como principal objetivo se encuentra el de hacer que las personas se hagan responsables de su autocuidado, tomando el control de su salud y adoptando hábitos que los encamine a un estilo de vida saludable.

La promoción de la salud no se limita únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que se centra en la mejora de la calidad de vida en todos los aspectos, incluyendo la salud física, mental, social y emocional. Esto implica educar a las personas sobre la importancia de la prevención, la alimentación saludable, la actividad física, la gestión del estrés y la promoción de entornos saludables.

La prevención de enfermedades se define como aquel conjunto de estrategias destinadas a evitar, reducir o retrasar la aparición de enfermedades y afecciones de diversa índole.

Este enfoque busca identificar factores de riesgo y abordarlos antes de que causen enfermedades, así como promover la detección temprana y el tratamiento oportuno de enfermedades existentes para evitar complicaciones.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un profesional sanitario que debe estar implicado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, trabajando de manera activa para ello con sus pacientes.

Para ello debe estar dotado de unos conocimientos específicos en ambas materias, los cuales pasamos a exponer en el presente trabajo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en la sanidad pública a nivel de pacientes y comunitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 que el TCAE pueda abordar correctamente la prevención de enfermedades con los pacientes, ha de conocer los distintos tipos de prevención que existen y como puede actuar en cada uno de ellos.

- Prevención primaria: Se basa en evitar el desarrollo de las enfermedades. En este nivel se incluye la promoción a la vacunación de la población, la reducción de esta a factores de riesgo, evitando hábitos como el tabaquismo o el alcoholismo, y la educación en la adquisición de hábitos de vida saludables.
- Prevención secundaria: Se basa en detectar de forma temprana enfermedades, llevando a cabo para ello exámenes médicos de manera periódica si existe un indicio de sufrir algún tipo de patología. Su objetivo principal es el de detectar posibles enfermedades en sus primeras etapas con la finalidad de poder frenar su avance o acelerar su curación.
- Prevención terciaria: Se basa en evitar el avance de una enfermedad que ya se encuentra diagnosticada y cuyo pronóstico es que se trate de una enfermedad crónica en el paciente. Aquí englobamos tareas de rehabilitación y la promoción de actividades encaminadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En cuanto a la promoción de la salud por parte del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, este puede educar a pacientes y familiares en la adopción de hábitos saludables que les lleve a minimizar el uso de los servicios de asistencia sanitaria, como llevar una alimentación saludable, la práctica de ejercicio físico o la eliminación de malos hábitos de su vida.

También es importante fomentar que los pacientes adquieran buenos hábitos de higiene personal, así como postural, haciendo hincapié en la prevención de caídas en la tercera edad.

Otra medida de promoción de la salud es la de tener en cuenta el apoyo psicosocial de los pacientes, orientándolos y practicando la escucha activa en las relaciones paciente - profesional sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel importante tanto en la promoción de la salud al proporcionar educación, apoyo y cuidados que contribuyen a la prevención de enfermedades y al bienestar general de los pacientes, como en la prevención de enfermedades al trabajar en colaboración con el equipo de atención médica y estar atento a las necesidades de los pacientes con la finalidad de proporcionar una atención sanitaria de calidad y global, atendiendo a todas las necesidades básicas de las personas y no solo a la atención sanitaria y de las enfermedades como tal.

La medicina actual trata de abordar la atención sanitaria de una manera holística, por lo que cada día están más establecidas las pautas preventivas y de promoción de hábitos de vida saludables.

6 Bibliografía

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

Capítulo 148

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES.

MARÍA DEL ROSARIO GRANDE BASTANTE

SALVADOR MANUEL ROSO AMARO

NATALIA SOTO GARCIA

MARÍA ÁNGELES DEL CERRO HUMANES

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en un hospital. Colabora activamente en la atención a los pacientes, ayudando con tareas básicas como la higiene, alimentación, movilización y toma de signos vitales. También es esencial en la prevención y control de infecciones nosocomiales, siguiendo protocolos de limpieza y desinfección rigurosos.

El TCAE apoya al personal de enfermería en la administración de medicamentos, preparación de materiales para procedimientos médicos y registro de información vital del paciente. Además, brinda apoyo emocional a los enfermos y sus familias, generando un ambiente de confianza y seguridad.

Su capacitación y experiencia permiten una atención integral y humanizada, contribuyendo al bienestar de los pacientes y al funcionamiento eficiente del hospital. Su labor es esencial en la calidad de la atención médica y el cuidado de la salud.

La cadena epidemiológica de la infección nosocomial es un concepto fundamental en el campo de la atención médica y juega un papel central en la labor de los Trabajadores de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Comprender esta cadena es esencial para prevenir y controlar las infecciones adquiridas en el hospital. Esta cadena se compone de varios eslabones interconectados, desde el agente infeccioso hasta el huésped susceptible. Los TCAE desempeñan un papel crítico en la interrupción de esta cadena al mantener un ambiente limpio, seguir prácticas de higiene rigurosas, utilizar equipo de protección personal adecuado y brindar cuidados que reduzcan el riesgo de infecciones en pacientes hospitalizados.

2 Objetivos

El objetivo del trabajo es dar a conocer el concepto de cadena epidemiológica y el conocimiento que debe tener el TCAE en ello.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 cadena epidemiológica de una infección nosocomial, o infección adquirida en el hospital, es un concepto fundamental para comprender cómo se desarrollan y propagan estas infecciones en entornos de atención médica. La categoría profesional de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial en la interrupción de esta cadena para prevenir infecciones nosocomiales. La cadena epidemiológica consta de varios eslabones:

- Agente infeccioso: El primer eslabón es el microorganismo patógeno, como bacterias, virus u hongos, que puede causar la infección.
- Reservorio: Es el lugar donde el agente infeccioso reside y se reproduce. En hospitales, esto puede incluir pacientes infectados, dispositivos médicos contaminados y el ambiente en sí.
- Puerta de salida: Representa la forma en que el agente infeccioso abandona el reservorio, como a través de secreciones corporales o fluidos.
- Vía de transmisión: Describe cómo el agente infeccioso se mueve desde el reservorio a un huésped susceptible. Puede ser a través del contacto directo, contacto indirecto, transmisión aérea o de gotas.
- Puerta de entrada: Es la ruta por la cual el agente infeccioso entra al huésped susceptible, como a través de heridas, mucosas o vías respiratorias.
- Huésped susceptible: Finalmente, este es el individuo que puede ser infectado por el agente. Algunos pacientes son más vulnerables debido a condiciones médicas o sistemas inmunológicos debilitados.

Es imprescindible que un trabajador con un contacto tan estrecho con el paciente, conozca y siga las indicaciones y normas higiénico sanitarias que indica su actividad laboral. Un TCAE ante infecciones nosocomiales debe seguir estrictamente protocolos de prevención, control de infecciones, y lavado de manos. Debe colaborar con el equipo médico en la identificación, reporte y seguimiento de casos, además de promover la higiene y educación del paciente para prevenir contagios.

5 Discusión-Conclusión

La cadena epidemiológica de la infección nosocomial es un concepto esencial para entender cómo se desarrollan y propagan estas infecciones en entornos hospitalarios. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial en la interrupción de esta cadena al tomar medidas preventivas y de control, desde mantener la higiene del entorno hasta garantizar prácticas de cuidado seguras. Al comprender y abordar cada eslabón de esta cadena, los TCAE contribuyen significativamente a reducir la incidencia de infecciones nosocomiales, promoviendo así la seguridad de los pacientes y mejorando la calidad de la atención médica en los hospitales. Su labor es fundamental en la protección de la salud de los pacientes y en la prevención de complicaciones.

6 Bibliografía

1. Ocronos. Vol. V. N° 6–Junio 2022. Pág. Inicial: Vol. V; n°6: 45 <https://revistamedica.com/tcae-infecciones-nosocomiales/>.
2. Ocronos. Vol. III. N° 5 – Septiembre 2020. Pág. Inicial: Vol. III; n°5:653 <https://revistamedica.com/tcae-prevencion-infecciones-nosocomiales/>.

Capítulo 149

TAREAS Y CARACTERÍSTICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON SONDA VESICAL

VICENTA LARA HERREROS

MARÍA ALMUDENA RUIZ NOBLEJAS

M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ

MONTSERRAT PAULET NAVARRO

MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO

1 Introducción

Un sondaje vesical es una técnica llevada a cabo por el equipo médico o de enfermería que se trata de introducir una sonda a través de la uretra hasta la vejiga del paciente, con el fin de desalojar la orina que se encuentra en su interior con distintos fines, como puede ser la toma de muestra de orina o en pacientes que presentan patologías que le impiden miccionar de manera autónoma.

Este procedimiento debe ser llevado a cabo de manera aséptica por profesionales debidamente entrenados, teniendo en cuenta varios factores a la hora de elegir la sonda a introducir por la uretra del paciente.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un profesional sanitario que desempeña un papel crucial en el cuidado de pacientes con sonda vesical, ya que

contribuye a mantener la comodidad, la higiene y el bienestar de los pacientes, además de prevenir complicaciones.

Trabaja conjuntamente con el personal de enfermería en la atención a dichos pacientes, siendo parte indispensable del equipo multidisciplinar encargado del cuidado de los pacientes que portan dichas sondas. Para ello debe contar con conocimientos específicos en el manejo tanto de las sondas vesicales como de las bolsas de diuresis que se utilizan para la recolección de orina.

2 Objetivos

- Desarrollar las tareas llevadas a cabo por el equipo de técnicos en cuidados de enfermería en relación con el cuidado de los pacientes internalizados y no internalizados que son portadores de sondajes vesicales.
- Desglosar las diferentes características que deben poseer para llevar a cabo sus funciones de manera óptima y garantizar así el cuidado y bienestar de los pacientes que son usuarios de sonda vesical debido a su situación de salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, “Tareas y características del técnico en cuidados auxiliares ante pacientes con sonda vesical”, se ha llevado 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, se describen las principales funciones del auxiliar de enfermería en esta área:

-Preparación y Mantenimiento de Material:

Asegurarse de que todo el equipo y material necesario estén disponibles y esterilizados antes de la inserción de la sonda.

Verificar el funcionamiento de la sonda y asegurarse de que esté lista para su uso.

-Asistencia durante la Inserción:

Colaborar con el profesional de enfermería en la preparación del paciente para la inserción de la sonda, proporcionando apoyo emocional y manteniendo la privacidad a los pacientes, explicándoles en qué consiste el procedimiento y pidiendo su colaboración en la medida de lo posible.

Pasar los instrumentos y materiales necesarios al enfermero o enfermera durante el procedimiento.

- Cuidado Post-Inserción:

Observar y documentar adecuadamente la salida de orina y cualquier problema relacionado con la sonda.

Mantener la sonda y la zona perineal limpias y secas para prevenir infecciones.

Asegurarse de que la sonda esté correctamente fijada y no cause molestias al paciente.

Registrar la cantidad de líquido administrado y retirado a través de la sonda.

-Vigilancia Continua:

Observar signos de infección urinaria, como fiebre, dolor al orinar o cambios en la apariencia de la orina.

Reportar cualquier complicación o cambio en el estado del paciente al enfermero o enfermera encargados.

-Educación al Paciente:

Proporcionar información al paciente sobre la sonda vesical, su cuidado y la importancia de mantener una higiene adecuada.

Enseñar al paciente a reconocer signos de posibles complicaciones y cómo actuar en consecuencia.

-Asistencia en el Retiro de la Sonda:

Ayudar en la retirada de la sonda cuando sea necesario, siguiendo las indicaciones del profesional de enfermería.

Continuar con el cuidado de la zona después de la retirada para asegurarse de que se recupere adecuadamente.

-Comunicación y Colaboración:

Mantener una comunicación efectiva con el equipo de enfermería para garantizar un cuidado integral y coordinado del paciente.

Colaborar en la elaboración y seguimiento del plan de cuidados del paciente con sonda vesical.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel esencial en el cuidado de pacientes con sonda vesical, ya que sus funciones

están relacionadas directamente con los cuidados del paciente, garantizando así el correcto funcionamiento de la misma, la higiene y su cuidado.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá fomentar que el paciente, dentro de sus posibilidades, adquiera los conocimientos necesarios para el manejo y cambio de la bolsa de diuresis a la llegada a su domicilio, garantizando así una mayor independencia y autonomía de dichos pacientes, lo que será muy beneficioso para ellos a la hora de desarrollar sus actividades de la vida diaria.

Para ello se explicará las veces que sea necesario y utilizando un lenguaje que dichos pacientes puedan comprender, las acciones a llevar a cabo para el manejo de la sonda vesical y la bolsa de diuresis.

Para garantizar el mayor bienestar del paciente y que todos los procedimientos se lleven a cabo de manera adecuada, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe trabajar de manera coordinada con el resto de profesionales sanitarios y bajo supervisión del equipo de enfermería en lo que el manejo de la sonda vesical se refiere, registrando todos los procedimientos llevados a cabo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 150

COMPETENCIAS, TAREAS Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS

VICENTA LARA HERREROS

MARÍA ALMUDENA RUIZ NOBLEJAS

M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ

MONTSERRAT PAULET NAVARRO

MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO

1 Introducción

La hemodiálisis es un procedimiento médico utilizado para tratar a personas cuyos riñones no funcionan adecuadamente. Los riñones son órganos vitales que ayudan a eliminar los desechos y el exceso de líquidos del cuerpo, así como a regular los niveles de electrolitos en la sangre. Cuando los riñones no pueden realizar estas funciones de manera eficiente, se acumulan toxinas y líquidos en el cuerpo, lo que puede llevar a una serie de problemas de salud graves.

La zona de hemodiálisis se trata de un servicio integrado en los hospitales que se encarga de proporcionar tratamiento a los pacientes que presentan una enfer-

medad renal crónica, los cuales deben acudir a dicho servicio, en la mayoría de las ocasiones, a diario.

Se trata de un servicio en el que diversos profesionales sanitarios trabajan de manera conjunta para garantizar el cuidado de dichos pacientes y que reciben el tratamiento de forma adecuada, cumpliéndose las pautas individuales de cada uno.

Entre los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes con enfermedad renal crónica en el servicio de hemodiálisis encontramos la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, el cual desarrolla un papel crucial en el cuidado y el tratamiento de dichos pacientes, los cuales pasaremos a desarrollar a continuación en el presente trabajo.

2 Objetivos

- Comprender las competencias requeridas para ser un técnico en cuidados auxiliares de enfermería y poder desarrollar su actividad de manera adecuada en el servicio de hemodiálisis.
- Identificar las tareas específicas que los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería realizan durante todo el proceso de hemodiálisis.
- Evaluar la importancia de las funciones de los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el bienestar de los pacientes en hemodiálisis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, “Tareas y características del técnico en cuidados auxiliares ante pacientes con sonda vesical”, se ha llevado 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

Competencias del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería:

Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de hemodiálisis deben poseer una serie de competencias para realizar eficazmente sus tareas.

Algunas de estas competencias incluyen:

Poseer conocimientos anatómicos y fisiológicos del organismo humano, y concretamente del sistema renal, con el fin de tener una comprensión óptima de los procesos que se llevan a cabo al administrar la hemodiálisis a los pacientes que acuden al servicio.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá desarrollar habilidades comunicativas que le permitan la interacción eficaz con los pacientes y el resto de profesionales sanitarios involucrados en el tratamiento de los mismo.

Es fundamental poseer conocimientos específicos y destrezas para poder manejar de manera totalmente correcta los equipos médicos que se utilizan para llevar a cabo la hemodiálisis, así como aquellos que se utilizan para el monitoreo de los pacientes.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe ser capaz de mantenerse a alerta con la finalidad de poder reconocer los distintos signos y síntomas que puedan dar lugar a complicaciones durante el tratamiento de hemodiálisis de los pacientes.

También deberá de conocer los requisitos éticos y profesionales garantizando así la confidencialidad, el derecho a la intimidad y el respeto de las personas usuarias de dicho servicio.

Tareas del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería:

Las tareas que se llevan a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de hemodiálisis son variadas, por lo que pasamos a desarrollarlas a continuación:

Preparar al paciente a su llegada, encargándose de la recepción del mismo, de proporcionarle todo aquello necesario para que pueda acomodarse en la zona donde recibirá el tratamiento y asegurándonos de que se encuentra en condiciones óptimas de recibirlo. Ante cualquier duda deberá ponerse en contacto inmediato con el servicio de enfermería para que pueda ser valorado, reanudando así el procedimiento.

Preparar los equipos de hemodiálisis, cerciorándose del correcto funcionamiento de las mismas antes de que el paciente comience a recibir el tratamiento.

Llevar a cabo la monitorización de los pacientes, prestando atención a las con-

stantes de los mismos durante todo el tratamiento y avisando de cualquier alteración al equipo médico o de enfermería con el fin de que pueda ser valorado lo más rápido posible.

Estar preparados para manejar una posible emergencia, sabiendo como se debe actuar en casos como pueden ser una hipotensión o una reacción adversa al tratamiento hasta que llegue el equipo médico.

Brindar un correcto apoyo emocional a los pacientes, debido a que recibir el tratamiento suele ocasionar estrés y sensación de tristeza en los pacientes, prestando atención a los signos de ansiedad o depresión.

Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería:

Las funciones de un Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de hemodiálisis son más amplias que aquellas consideradas meramente técnicas, las cuales pueden ser:

Colaborar de manera cercana con el resto de profesionales sanitarios y no sanitarios que llevan a cabo sus funciones en el servicio de hemodiálisis, llevando a cabo el desarrollo de sus tareas bajo supervisión directa del equipo de enfermería.

Educar al paciente en lo referente a sus cuidados personal y a como convivir con su enfermedad fomentando su independencia y aumentando su calidad de vida en la medida de lo posible.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería será el encargado de llevar a cabo los registros necesario de forma precisa después de que los pacientes reciban la sesión de hemodiálisis.

Deberán mantener los equipos y materiales que se utilizan en óptimas condiciones de limpieza y esterilidad, garantizando que las prácticas llevadas a cabo se hagan de forma segura para los pacientes y para el resto de profesionales.

5 Discusión-Conclusión

Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel esencial en el servicio de hemodiálisis al garantizar la seguridad y comodidad de los pacientes. Su competencia, experiencia y colaboración efectiva en el equipo de salud son fundamentales para lograr resultados exitosos en el tratamiento de paciente que presentan una enfermedad renal crónica.

Es por ello que deben de contar con una formación específica en el manejo de la maquinaria que se utiliza en el tratamiento con los pacientes, así como con unas características personales de asertividad, empatía y buen trato profesional, con el fin de brindar un apoyo psicosocial a los pacientes de calidad, sabiendo como actuar en las diferentes situaciones que puedan surgir.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería trabaja de manera estrecha con el resto del equipo sanitario, el cual incluye al personal médico y de enfermería para garantizar que el tratamiento se lleva a cabo de forma efectiva, fomentando en todo momento la autonomía del paciente en la medida que esto sea posible y velando siempre por preservar su intimidad y respetar sus deseos individuales.

6 Bibliografía

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

Capítulo 151

COMPETENCIAS, TAREAS Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL.

VICENTA LARA HERREROS

MARÍA ALMUDENA RUIZ NOBLEJAS

M. CARMEN NÚÑEZ ORTIZ

MONTSERRAT PAULET NAVARRO

MÓNICA ALEXANDRA CANO CASTRO

1 Introducción

Una enfermedad renal, también conocida como enfermedad renal o enfermedad renal crónica (ERC), es una afección médica en la que los riñones no funcionan de manera adecuada y sufren una disminución progresiva de su capacidad para filtrar la sangre y eliminar desechos y líquidos del cuerpo. Esto puede deberse a diversas causas, como enfermedades crónicas, lesiones renales, trastornos autoinmunitarios, infecciones, problemas genéticos u otros factores.

Dicha enfermedad renal se clasifica en diferentes etapas dependiendo de su gravedad, desde etapas tempranas, en las que los riñones aún pueden realizar sus funciones con cierta eficacia, hasta etapas avanzadas, en las que la función renal está gravemente comprometida. En las etapas avanzadas, los pacientes pueden requerir terapias como la hemodiálisis o el trasplante renal para mantener su salud.

La atención a pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) es fundamental en el campo de la enfermería. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería juegan un papel esencial en el cuidado y apoyo a estos pacientes, ya que serán los encargados de manera directa de proporcionarles una serie de cuidados que desarrollaremos a continuación.

En este trabajo, exploraremos las competencias requeridas, las tareas específicas y las funciones desempeñadas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el cuidado de pacientes con enfermedad renal.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en el enfermo renal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, “Competencias, tareas y funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería”, se ha llevado 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

Competencias Necesarias:

- Conocimientos en enfermedad renal: Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben tener un entendimiento sólido de la anatomía y fisiología del sistema renal, así como de las diferentes etapas y tipos de enfermedades renales.

- **Habilidades de Comunicación:** La comunicación efectiva es esencial para interactuar con pacientes, familias y miembros del equipo de salud. Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben ser capaces de proporcionar información clara y apoyo emocional.
- **Habilidades técnicas:** Esto incluye la capacidad para tomar muestras de sangre, orina y controlar signos vitales, ya que estos son procedimientos comunes en el cuidado de pacientes con Enfermedad Renal Crónica.
- **Conocimientos sobre tratamientos:** Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben entender las terapias comunes utilizadas en el tratamiento de Enfermedad Renal Crónica, como la hemodiálisis o la diálisis peritoneal.

Tareas y Funciones Específicas:

- **Control de signos vitales:** Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben medir y registrar regularmente la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica.
- **Monitoreo de líquidos y electrolitos:** Realizar un seguimiento cercano de la ingesta y excreción de líquidos, así como de los niveles de electrolitos, y reportar cualquier anomalía.
- **Administración de medicamentos:** Bajo supervisión, administrar medicamentos según las indicaciones del personal de enfermería, especialmente aquellos relacionados con la Enfermedad Renal Crónica.
- **Cuidado de la fístula arteriovenosa:** En pacientes con acceso vascular para hemodiálisis, realizar cuidados adecuados para mantener la función y evitar infecciones.
- **Apoyo psicológico:** brindar apoyo emocional a pacientes y familias que enfrentan la carga emocional de la enfermedad renal crónica.
- **Educación al paciente:** enseñar a los pacientes sobre la importancia de seguir el tratamiento y mantener una dieta y estilo de vida saludables.
- **Colaboración en el tratamiento:** rebajar en estrecha colaboración con el equipo de enfermería y otros profesionales de la salud para garantizar un enfoque integral en el tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAES desempeñan un papel esencial en el cuidado de pacientes con enfermedad renal crónica al realizar la gran variedad de tareas y funciones que hemos detallado anteriormente. Su conocimiento, habilidades técnicas y capacidad para

proporcionar apoyo emocional son fundamentales para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y contribuir al éxito de su tratamiento.

La colaboración efectiva con otros miembros del equipo de salud es esencial para brindar una atención integral y de alta calidad, por lo que se deben llevar a cabo todos los cuidados de forma coordinada con el resto del equipo multidisciplinar encargado de prestar atención y soporte a los pacientes.

Es fundamental participar en el fomento de la autonomía de los pacientes y en el manejo del autocuidado, con el fin de garantizar que estos lleven una vida lo más saludable posible tras el alta hospitalaria, a modo de prevención de posibles complicaciones, así como cumplir con el deber de prestar un correcto apoyo psicológico durante nuestra atención a dichos pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 152

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE FARMACIA.

GEMMA MUÑOZ TRIGO

MARÍA JESÚS BARRIOS PÉREZ-GRUESO

LUCÍA SENDÍN GÓMEZ

NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ

MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA

1 Introducción

Según la OMS, farmacia significa establecimiento o servicio hospitalario que se encarga de repartir los diferentes tipos de medicamentos para diferentes tipos de enfermedades, además también tienen medicamentos especiales que contienen psicotrópicos y estupefacientes.

Sobre el año 1221 se tiene constancia que surge la primera farmacia a nivel europeo, esta fue creada por los frailes dominicos en el convento de Santa María Novella situado en Florencia (Italia).

Antiguamente, no existía el papel de farmacéutico, sino que eran los propios médicos los que te aconsejaban y te recetaban, pero más o menos hacia el año

1240 y siendo los árabes como promotores, decidieron separar la rama de medicina de la rama de farmacia, así que ellos fueron los pioneros en declarar el servicio de farmacia como un servicio independiente del resto. Las farmacias surgen en los centros hospitalarios más o menos en el año 1903, se crea para agilizar el traslado de medicamentos, ya que pensaron que tener la farmacia dentro de un centro hospitalario sería lo más correcto.

De esta manera, los centros hospitalarios no se quedan sin existencias y así el personal sanitario puede acceder a las diferentes medicaciones a cualquier hora del día y cualquier día del año. El servicio de farmacia lo componen los siguientes grupos sanitarios, se encuentran los farmacéuticos, las enfermeras, las TCAES y los celadores.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en el servicio de farmacia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del TCAE a realizar:

- Serán las encargadas de organizar y preparar los medicamentos que necesiten los enfermos, además serán supervisados por los farmacéuticos.
- Limpiarán y desinfectarán todos aquellos equipos que sean utilizados por los farmacéuticos o los pacientes que los necesiten.
- Serán las encargadas de atender a los pacientes que sean ambulatorios (es decir, pacientes que tengan una enfermedad crónica, pero que no se encuentren ingresados en el centro hospitalario), ya que algunos medicamentos que necesitan los enfermos no se encuentran en las farmacias convencionales debido a su alto mantenimiento en frío o por su alto coste.

- Cuando el paciente llegue a la farmacia hospitalaria a extraer un medicamento, este le enseñará a la TCAE la receta escrita y firmada por el médico, deberá comprobar que todo es correcto antes de darle la medicación.
- Prepararán los carros de medicamentos que serán distribuidos por las plantas de hospitalización de los diferentes pacientes, tendrán que prestar atención de no equivocarse, deberán comprobar que los medicamentos que ponen corresponde al paciente al que van.
- Deberán de comprobar de manera diaria el stock de medicamentos, para así nunca dejar sin existencias el servicio ni el centro hospitalario, en caso de que falten realizará el pedido supervisado por el farmacéutico.
- Deberán estar atentas a la caducidad de los medicamentos, en caso de que estén caducados lo retirarán y lo desecharán al contenedor especializado de los medicamentos para así evitar contaminación.
- Guardarán los medicamentos según las normas que imponga el suministrador de esos medicamentos, ya que cada medicamento tiene que seguir unas pautas.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de farmacia es uno de los servicios más importantes de un centro hospitalario o de cualquier centro de atención primaria. En este servicio los TCAES tienen la función más importante, que es al de interactuar con el enfermo, ya que será el primer personal sanitario que tome contacto con el paciente. Por estas razones, deben ofrecer a los pacientes simpatía, comprensión y saber estar, porque irán pacientes que se encuentren alterados. Si las auxiliares de cuidados de enfermería realizan de manera fluida su trabajo, el servicio responderá de una manera rápida y eficaz ante cualquier dificultad que se le ponga.

6 Bibliografía

1. TCAE. (2021, enero 28). TCAE. <https://tcae.com>.
2. MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. (s/f). [Medlineplus.gov](https://medlineplus.gov/spanish/). Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. Scielo España - Scientific Electronic Library Online. (s/f). [Isciii.es](https://scielo.isciii.es/). Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://scielo.isciii.es/>.

Capítulo 153

EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS Y LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

GEMMA MUÑOZ TRIGO

MARÍA JESÚS BARRIOS PÉREZ-GRUESO

LUCÍA SENDÍN GÓMEZ

NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ

MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA

1 Introducción

La OMS define hemodiálisis como un método de filtración artificial de sangre, es decir, las máquinas actúan como un riñón artificial por el cual la sangre sale del cuerpo, pasa a través de la máquina (contiene un líquido especial que es el que hace de limpiador) está limpia y filtra la sangre y acto seguido la devuelve al cuerpo ya limpio de cualquier sustancia peligrosa para la salud.

La hemodiálisis surge a la par que el servicio de nefrología y es que aunque sean servicios diferentes, tiene una conexión que en este caso es el órgano llamado riñón.

Tenemos constancia que la primera hemodiálisis exitosa en personas fue en el año 1945 en el país de Holanda, y fue a través de un riñón creado y diseñado por Wilhem Kolff, además de realizar la primera hemodiálisis exitosa fue el pionero

en este servicio y sus primeros descubrimientos sobre este servicio los logró en la segunda guerra mundial.

La primera hemodiálisis realizada en España fue el 25 de febrero del año 1957 en el hospital de la cruz roja en la ciudad de Barcelona, la realizó el doctor Rotellar. También se crearon dos sociedades científicas, la primera surgió en 1949 en Francia y la segunda sociedad científica se creó en el año 1950 en el Reino Unido. Aunque la primera hemodiálisis la efectuó el doctor Hass entre los años 1924 y 1927 y el tratamiento duraba de 15 a 30 minutos.

Hoy en día en el siglo XIX es otro de los servicios que ha avanzado a pasos gigantes, ya que hoy en día hay más información sobre el tema de los riñones y sobre la hemodiálisis.

Podemos decir que también es una enfermedad cada vez de mayor aumento entre la población, cabe decir que además su prevalencia y su potencia la hace una enfermedad letal y que crea un gran impacto sobre el enfermo y sobre sus acompañantes.

Una vez ya explicado y comprendido un poco más el servicio de hemodiálisis vamos a exponer cuáles son las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE) en este servicio tan especial.

2 Objetivos

-Definir las funciones que deben de realizar las TCAE en el 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

Las funciones del TCAE en el servicio de hemodiálisis son las siguientes:
Realizarán los llamamientos de los pacientes cuando estos estén en la sala de espera, los llamarán por la hora que tengan la cita.

Deberán pesarlos nada más entrar a la sala de hemodiálisis y su peso lo dejarán anotado en su historial.

Les indicarán el sitio que deben de ocupar los enfermos para que estos vayan directamente y no se confundan.

Protegerán los sillones y las camas con sabanas, ya que muchas veces caen los fluidos de las medicaciones que les ponen a los pacientes

Deberán reponer todos los días los almacenes de los sueros porque es una medicación que no puede faltar en este servicio.

Repondrán los carros de medicaciones de las enfermeras y además vigilarán las fechas de caducidad y en caso de que los medicamentos se encuentren caducados, serán desechados inmediatamente.

Realizarán el reparto de la comida que los pacientes que tengan el ciclo de hemodiálisis largo, ya que duraran varias horas y debido a los medicamentos que tienen puestos suelen provocar debilidad.

Deberán limpiar y desinfectar la sala entre pacientes.

Una de sus funciones más importantes es la de crear un ambiente familiar entre los compañeros y los pacientes ya que los enfermos se encuentran en una de las situaciones más vulnerables para ellos, de esta manera si hay buen ambiente en el servicio los enfermos se sentirán cómodos.

Anotarán adecuadamente en el historial correspondiente del enfermo la toma de los signos vitales de los enfermos, estos signos vitales los habrán tomado ellas previamente.

Tomarán la tensión de los enfermos cada 30-40 minutos y deberán anotarlo adecuadamente en su historial.

Después de cada sesión deberán volver a realizar el pesaje de los pacientes igual que lo hacían antes de darles la sesión.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de la insuficiencia renal es una enfermedad que cada día crece más y hay más casos en el mundo.

Es una de las enfermedades que crean un gran impacto emocional tanto en el enfermo como en los acompañantes que viven día a día, como afecta esa enfermedad a sus familiares.

Además, también suelen tener problemas psicológicos los pacientes que sufren esta enfermedad y necesitan de la ayuda de algún psicólogo que le ayude a entender lo que le está sucediendo.

Por estos motivos, los TCAE deben de comprender los nervios que pasan alguno de los enfermos y además también sus familiares. Por estos motivos llegamos a la conclusión de que los TCAE son un pilar fundamental tanto para el servicio de hemodiálisis como para el paciente y sus acompañantes. 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 154

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA

GEMMA MUÑOZ TRIGO

MARÍA JESÚS BARRIOS PÉREZ-GRUESO

LUCÍA SENDÍN GÓMEZ

NURIA FERNÁNDEZ DÍAZ

MARÍA DEL ROCÍO DÍAZ VILLA

1 Introducción

Este servicio se puede decir que es de casi nueva creación, si es cierto que tiene sus comienzos en el siglo XIX, pero en esta época se conocía este servicio con el nombre de angioplastia.

Este servicio pertenece a la medicina correspondiente con la especialidad de cardiología intervencionista, es decir, es una subespecialidad de cardiología.

Hoy en día y gracias al doctor Claude Bernard que estudió por más de 40 años el funcionamiento de la sangre a través de los capilares, vasos sanguíneos, etc. de los animales.

Además, se realizó algún que otro cateterismo venoso y arterial en algunos de los animales.

El doctor Werner Forssmann a la edad de 25 años efectuó el primer cateterismo hacia el año 1929.

Este cateterismo se lo realizó el mismo y fue con un catéter urológico, el inserto este catéter a través de las venas de su antebrazo.

Forssmann consiguió avanzar un catéter dentro de su cuerpo, pero además fue por su propio pie hasta el laboratorio de rayos x a realizarse una radiografía, y también se puede decir que fue la primera persona en hacerse una radiografía de tórax con un catéter todavía insertado en su corazón.

Gracias a los avances que hicieron los médicos como el doctor Werner Forssmann podemos hoy en día entender nuestro cuerpo, además podemos conocer de una forma más exacta el funcionamiento de la sangre, de cómo actúa en las venas, arterias o incluso de la manera en la que llega y retorna del corazón.

Además, podemos evitar muchos problemas de salud gracias a este servicio tan complejo como es el de hemodinámica.

En este capítulo vamos a hablar de las funciones que el TCAE debe de realizar en este servicio.

2 Objetivos

- Describir las funciones del TCAE en el servicio de hemodinámica.

3 Metodología

Para saber completar la información del todo hemos podido meternos en la siguiente página web: Hm Hospitales y gracias a esta pagina hemos entendido un poco mejor este servicio tan desconocido para algunas personas.

Para hacer el capitulo lo mas completo posible, hemos podido acceder al Hospital Universitario de Toledo y en el servicio de Hemodinámica nos han explicado cuales son las funciones que realizan.

Las palabras que mas resaltan son las siguientes: Tcae, Hemodinámica, Enfermos.

4 Resultados

En este apartado vamos a mostrar las funciones que deben de realizar los TCAE de manera diaria:

Serán las encargadas de llamar a los enfermos que vengan de la calle y se encuentren sentados en la sala de espera del servicio.

Cabe destacar que a este servicio llegan los enfermos desde sus casas que en esos casos son enfermos ambulatorios o también pueden llegar desde las plantas de hospitalización.

Si el enfermo tiene que venir desde la planta de hospitalización, la TCAE será la encargada de avisar al celador del servicio la hora y el lugar donde tiene que ir a por el enfermo.

Deberán reponer los carros de medicina y colocar de manera adecuada el almacén de los sueros, ya que nunca se sabe lo que puede ocurrir.

Deberán pedir a lencería todos los días la cantidad de sabanas que ellas crean correspondientes para que nunca les falten sabanas a los enfermos.

Les enseñarán a los enfermos que sean ambulatorios, el vestuario allí deberán desvestirse y las TCAE les dejarán preparados un camisón, unas calzas y un gorro para que se lo pongan cuando salgan del vestuario.

Les darán las llaves de las taquillas para que los enfermos puedan dejar sus pertenencias en las taquillas y así no se extravía nada de los enfermos.

En caso de llevar dentadura postiza los enfermos, las TCAE les darán una caja para que puedan meterlas y las TCAE deberán poner su nombre y apellido, de esa manera todo queda bien registrado.

Les indicarán las TCAE a los enfermos, los sillones donde deben de esperar su turno y además les darán una sabanilla para que se pongan por encima, ya que tendrán frío.

Una vez que hayan terminado las pruebas, los TCAE le devolverán las llaves de las taquillas y sus pertenencias para que se puedan volver a vestirse con su ropa y marcharse a su casa.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a este capítulo llegamos a la conclusión que todo el personal sanitario es importante en el servicio de hemodinámica, pero podemos destacar que las TCAE deben de saber llevar bien su trabajo para que el resto de equipo de sanitarios pueda seguir avanzando adecuadamente.

Las TCAE tienen un papel muy importante en este servicio, que es el de acompañar en todo momento y en todo el proceso a los enfermos, de esta manera los enfermos no se sienten desamparados ni olvidados, ya que los nervios le pueden jugar una mala pasada y pensar de manera equivocada.

Todos los TCAE que trabajen en este servicio deben saber trabajar en equipo, así el servicio irá más rápido y todo será más fácil y sencillo tanto para los compañeros de trabajo como para los enfermos que pasen por aquí

6 Bibliografía

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

Capítulo 155

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ

BERTA CARRASCO MONTEALEGRE

MARIA LUISA PARREÑO SÁNCHEZ

ALBA PEÑARANDA GARCIA

LAURA SÁNCHEZ ABAD

1 Introducción

El trabajo en el servicio de urgencias es esencial en cualquier centro hospitalario o centro de atención primaria, ya que es en este lugar dónde se brinda atención inmediata a pacientes con una variedad de condiciones médicas, desde lesiones menores hasta situaciones que ponen en riesgo la vida del paciente. El auxiliar de enfermería desempeña un papel crucial en este entorno, puesto que colabora estrechamente con el personal médico y de enfermería para proporcionar atención de alta calidad y apoyo a los pacientes en momentos críticos.

El primer punto de contacto con los pacientes en urgencias a menudo es el auxiliar de enfermería. Su función principal en esta etapa incluye: recepción de pa-

cientes, registro de datos y el traje inicial (en el cual se evalúa la gravedad del paciente para asignarle una prioridad de atención médica).

El auxiliar de enfermería en urgencias asiste en una variedad de procedimientos médicos, como: toma de signos vitales, apoyo en la administración de medicamentos, realización de electrocardiogramas, y ayudar en la limpieza de heridas y en la realización de suturas menores bajo supervisión.

El auxiliar de enfermería juega un papel fundamental en la movilización y el traslado de pacientes, asegurando su seguridad y comodidad.

Mantener un entorno limpio y seguro en el departamento de urgencias es crucial para la recuperación de los pacientes y para prevenir infecciones. El auxiliar de enfermería cumple con esta responsabilidad mediante: limpieza y desinfección de áreas de trabajo, camas y equipos médicos. Además, eliminar de manera segura los desechos médicos y biológicos de acuerdo con los protocolos establecidos.

El auxiliar de enfermería proporciona información clara y compasiva a los pacientes y sus seres queridos sobre su condición y el plan de atención. Es el encargado también de brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias, especialmente en situaciones difíciles o traumáticas.

2 Objetivos

Exponer las funciones básicas del personal TCAE en el servicio de urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

El trabajo de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el departamento de urgencias puede tener una serie de resultados positivos y beneficiosos tanto para los pacientes como para el equipo de atención médica, de enfermería y el propio TCAE.

Si el TCAE presta una atención de calidad a los pacientes, puede resultar en una atención médica más eficiente y efectiva en situaciones de emergencia.

Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con el personal de enfermería y médico, lo que mejora la coordinación y la comunicación en el equipo de atención médica.

La asistencia de los TCAE en procedimientos médicos y tareas de apoyo permite al personal de enfermería y médico concentrarse en tareas críticas, lo que agiliza el flujo de trabajo en el departamento de urgencias.

Los TCAE contribuyen a una atención integral, abordando las necesidades básicas de los pacientes, como la higiene personal, la alimentación y la movilidad, lo que puede mejorar la calidad de vida de los pacientes hospitalizados.

El cumplimiento de protocolos de control de infecciones por parte de los TCAE contribuye a prevenir la propagación de enfermedades infecciosas en el entorno de urgencias.

Brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias en situaciones de crisis puede ayudar a reducir la ansiedad y el estrés, lo que puede tener un impacto positivo en la experiencia del paciente.

Cuando los pacientes reciben atención de alta calidad, se sienten seguros y apoyados emocionalmente, es más probable que estén satisfechos con su experiencia en el departamento de urgencias.

Trabajar en urgencias puede ofrecer oportunidades de desarrollo profesional para los TCAE, lo que puede incluir el aprendizaje de nuevas habilidades y la adquisición de experiencia en situaciones de emergencia.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE desempeñan un papel esencial en el equipo médico de atención de emergencias, ya que brindan una valiosa asistencia en el cuidado de los pacientes. Su trabajo abarca desde la colaboración en procedimientos médicos hasta el apoyo emocional y la satisfacción de las necesidades básicas de los pacientes, lo que contribuye a una atención integral.

En último lugar, mencionar que el trabajo de un TCAE en urgencias es esencial para garantizar que los pacientes puedan recibir la atención sanitaria necesaria en momentos que atentan contra su salud.

Su contribución en términos de seguridad, atención integral y eficiencia en el proceso de atención médica es de gran valor tanto para los pacientes como para el equipo de atención médica en el departamento de urgencias.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/tcae-servicio-de-urgencias/#::text=El%20TCAE%20es%20quien%20recibe,su%20intimidad%20en%20todo%20momento.>

https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias/#google_vignette

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/importancia-tcae-servicio-de-urgencias/>

<https://www.euroinnova.edu.es/blog/que-hace-un-auxiliar-de-enfermeria-en-urgencias>

Capítulo 156

EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS Y LAS DIFERENTES FUNCIONES QUE LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) DEBEN EJERCER

DELIA CASTELLS ROCA

MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO

MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ

CARLA LÓPEZ VALENCIA

LETICIA MARTIN GARCIA

1 Introducción

La OMS define hemodiálisis como un método de filtración artificial de sangre, es decir, las máquinas actúan como un riñón artificial por el cual la sangre sale del cuerpo, pasa a través de la máquina (contiene un líquido especial que es el que hace de limpiador) está limpia y filtra la sangre y acto seguido la devuelve al cuerpo ya limpio de cualquier sustancia peligrosa para la salud.

La hemodiálisis surge a la par que el servicio de nefrología y es que aunque sean servicios diferentes, tiene una conexión que en este caso es el órgano llamado

riñón. Se tiene constancia de que la primera hemodiálisis exitosa en personas fue en el año 1945 en el país de Holanda, y fue a través de un riñón creado y diseñado por Wilhem Kolff, además de realizar la primera hemodiálisis exitosa fue el pionero en este servicio y sus primeros descubrimientos sobre este servicio los logró en la segunda guerra mundial.

La primera hemodiálisis realizada en España fue el 25 de febrero del año 1957 en el hospital de la cruz roja en la ciudad de Barcelona, la realizó el doctor Rotellar. También se crearon dos sociedades científicas, la primera surgió en 1949 en Francia y la segunda sociedad científica se creó en el año 1950 en el Reino Unido. Aunque la primera hemodiálisis la efectuó el doctor Hass entre los años 1924 y 1927 y el tratamiento duraba de 15 a 30 minutos.

Hoy en día en el siglo XIX es otro de los servicios que ha avanzado a pasos gigantes, ya que hoy en día hay más información sobre el tema de los riñones y sobre la hemodiálisis. Se puede decir que también es una enfermedad cada vez de mayor aumento entre la población, cabe decir que además su prevalencia y su potencia la hace una enfermedad letal y que crea un gran impacto sobre el enfermo y sobre sus acompañantes. Una vez ya explicado y comprendido un poco más el servicio de hemodiálisis, vamos a exponer cuáles son las funciones del TCAE en este servicio tan especial.

2 Objetivos

Enseñar las tareas que debe ejercer el personal TCAE en el 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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

En el servicio de hemodiálisis las funciones del TCAE son las siguientes:

- Mantendrán las salas de los enfermos limpias y desinfectadas, además la volverán a limpiar y desinfectar entre paciente y paciente.
- Serán las encargadas de organizar y preparar el material necesario para empezar con los procedimientos de los pacientes.
- Se encargarán de pesar a los pacientes conforme llegan y antes de comenzar su sesión, siempre los pesarán con la ropa que llevan y además lo dejarán apuntado en el libro de pesajes.
- Comprobarán que las máquinas estén listas para comenzar con las sesiones, una vez estén comprobadas colocarán a los pacientes en sus sillones o en las camillas y siempre asegurándose de que están cómodos.
- Comprobarán que los enfermos se encuentran en las mejores condiciones para comenzar con el tratamiento, si se diera el caso de que los pacientes no se encuentran en el mejor estado, lo comunicarán inmediatamente al equipo de enfermería y ya ellos determinarán si se le pone el tratamiento o se deja para otro día.
- Serán las encargadas de comprobar los signos vitales del enfermo y de anotarlos.
- Después de cada sesión volverán a pesar al enfermo y lo volverán a anotar en el libro.
- Efectuarán el test de presencia de ácido peracético antes de conectar al paciente a la máquina.
- Tomarán la presión arterial de los pacientes cada 30 minutos y lo anotarán en el cuaderno.
- Apuntarán la ingesta y la diuresis de cada paciente durante la sesión del tratamiento.
- Ayudarán a las enfermeras durante el proceso de conexión y desconexión de la fístula o del catéter.
- Colaborarán con las enfermeras dando el material que estas necesiten y que les pidan.
- Serán las encargadas de desmontar, desinfectar y limpiar los monitores de diálisis una vez haya acabado los pacientes con sus sesiones.
- Limpiarán, preparan y empaquetarán aquel material que tenga que ser esterilizado una vez utilizado.
- Limpiarán y desinfectarán el sillón o camilla que hayan utilizado los pacientes y además lo dejarán listo para recibir a los siguientes.
- Organizarán los materiales necesarios para las sesiones para el siguiente paciente.

5 Discusión-Conclusión

Podemos empezar este apartado definitivo con la gran patología que tiene la mayoría de la población a nivel mundial, la insuficiencia renal.

Esta patología la sufre casi el 90% de la población, por eso es tan importante que en todos los centros sanitarios haya un servicio de Hemodiálisis.

Además, es también muy importante que ese servicio, que es complejo, pero a la vez tan educativo, tenga un buen equipo de personal sanitario cualificado para poder conseguir que los pacientes dentro de su patología no se encuentren solos o en su defecto se les trate con cariño, respeto y dedicación.

En esa parte, el comportamiento excepcional debe de entrar a las TCAE, ya que son ellas el personal sanitario más cercano a este tipo de pacientes y el personal que pasa más rato con ellos

6 Bibliografía

1. Home - Formacurae “La formación en cursos de dermoestética que necesitas”. (2019, noviembre 7). Formacurae. <https://www.formacurae.es/>
2. Elsevier. (s/f). Elsevier. Elsevier.es. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://www.elsevier.es/>
3. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://www.boe.es/>

Capítulo 157

LAS FUNCIONES QUE DEBE DESEMPEÑAR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE HEMODINÁMICA

DELIA CASTELLS ROCA

MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO

MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ

CARLA LÓPEZ VALENCIA

LETICIA MARTIN GARCIA

1 Introducción

En el siglo XIX se crea este servicio, se puede afirmar que es de casi nueva creación, ya es cierto que tiene sus comienzos en esta época, pero este servicio era más conocido con el nombre de angioplastia. Perteneció a la rama médica de la especialidad de cardiología intervencionista, es decir, es como una subespecialidad de cardiología.

Gracias al doctor Claude Bernard, que estudió por más de 40 años el funcionamiento de la sangre a través de los capilares y vasos sanguíneos de los animales.

Además, efectuó algún que otro cateterismo venoso y también arterial en algunos de los animales.

El doctor Werner Forssmann a la edad de 25 años realizó el primer cateterismo hacia el año 1929.

Este cateterismo se lo realizó el mismo y fue con un catéter urológico, él se insertó este catéter a través de las venas de su antebrazo.

Forssmann fue el primer médico que logró avanzar un catéter dentro de su cuerpo, pero también fue él por su propio pie, fue hasta el laboratorio de rayos x a realizarse una radiografía.

Cabe destacar que fue la primera persona en hacerse una radiografía de tórax con un catéter todavía insertado en su corazón.

Gracias a los avances que hicieron los médicos como el doctor Werner Forssmann podemos hoy en día entender nuestro cuerpo, además podemos conocer de una forma más exacta el funcionamiento de la sangre, de cómo actúa en las venas, arterias o incluso de la manera en la que llega y retorna del corazón. Además, podemos lograr evitar muchos problemas de salud gracias a este servicio tan complejo como es el de hemodinámica.

2 Objetivos

Enseñar y mostrar el trabajo que se realiza por parte del personal TCAE en el servicio de Hemodinámica de cualquier 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 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

Aquí vamos a resumir las funciones que deben de ejecutar las TCAE de manera diaria en el servicio de hemodinámica:

Realizarán los llamamientos a aquellos pacientes que sean ambulantes, es decir, que vengán de sus casas a la realización de alguna de las pruebas que se realizan

aquí.

Les indicarán donde están los vestuarios para que los pacientes se desnuden y puedan dejar su ropa en las taquillas que proporciona el centro hospitalario, se deberán quitar toda la ropa y cualquier joya que lleven puesta.

Rasurarán despacio las zonas que sean indicadas por las enfermeras, ya que depende de la prueba que se le vaya a realizar, se debe de rasurar unas u otras zonas.

Acomodarán a los pacientes en los sillones para que posteriormente la enfermera a cargo de la sección sillones le empiece a preparar la vía.

Les proporcionarán unas sabanas para que puedan estar a gusto y no tener frío en caso de que lo tengan, ya que los nervios del momento proporcionan frío corporal extra.

Una vez el médico indique la entrada de los pacientes, la TCAE deberá:

Prepararán el material necesario para realizar la prueba que el médico les haya indicado previamente.

Llevarán el material a la zona de quirófanos y en la sala del quirófano deberán de organizar todo en una mesa auxiliar.

Se adentrarán en el quirófano para ayudar a las enfermeras que son las encargadas de hacer las pruebas y les darán todo lo que estas le pidan de instrumental.

Una vez acabada la operación será el celador el encargado de llevar al paciente a la sala donde se encontraba en un principio, mientras que la TCAE:

Recogerá el material utilizado, lo lavará y desinfectará y lo meterá en bolsas especiales para bajarlo a esterilización cuando se termine la jornada laboral.

Acostará al paciente con ayuda del celador en una de las camas en caso de que se quede ingresado por una noche, si no es el caso:

El TCAE deberá darle de nuevo la llave de la taquilla para así poder volver a vestirse y dejar la ropa hospitalaria en unos sacos que los proporcionará el TCAE.

5 Discusión-Conclusión

El punto más importante que se debe de conocer en este servicio y en este capítulo es el siguiente:

En este servicio se pone solución a los diferentes problemas cardíacos que puede tener el paciente, ya que se estudia cada una de sus venas, arterias, capilares y corazón.

Tenemos que tener claro que aquí la función del TCAE es de igual importancia que las funciones del resto de sanitarios o no sanitarios que trabajan en este

servicio específico, ya que son ellas las que más tiempo trabajado pasan con los pacientes.

Los pacientes pasan primero por la TCAE para todo, ya sea en la entrada al servicio, como durante las operaciones o pruebas que vayan a realizar o cuando ya el paciente se vaya, el TCAE siempre es el personal sanitario que se encuentra con ellos.

Por eso debemos tener más en consideración a los TCAE.

6 Bibliografía

1. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (s/f). Castillalamancha.es. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://sanidad.castillalamancha.es/>.
2. Scielo España - Scientific Electronic Library Online. (s/f). Isciii.es. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://scielo.isciii.es/>.
3. Pardell, X. (s/f). Hemodinámica - Apuntes de Electromedicina Xavier Pardell. Pardell.es. Recuperado el 5 de mayo de 2023, de <https://www.pardell.es/hemodinamica.html>.

Capítulo 158

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LOS QUIRÓFANOS DE URGENCIA.

ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ

MARIA LUISA PARREÑO SÁNCHEZ

ALBA PEÑARANDA GARCIA

BERTA CARRASCO MONTEALEGRE

LAURA SÁNCHEZ ABAD

1 Introducción

El TCAE desempeña un papel importante en el quirófano de urgencias, donde se realizan procedimientos quirúrgicos urgentes para tratar a pacientes con afecciones médicas críticas o emergencias médicas. Además, se asegura que el quirófano esté limpio, ordenado y completamente equipado antes de la cirugía. Esto incluye verificar que todos los instrumentos, suministros y equipos necesarios estén disponibles y en condiciones óptimas.

Es el encargado además de ayudar en la preparación del paciente para la cirugía, lo que puede incluir posicionar al paciente en la mesa quirúrgica, verificar la identificación y el consentimiento informado del paciente, y asegurarse de que se haya realizado la preparación preoperatoria adecuada, como la asepsia y el rasurado en caso necesario. Durante la cirugía, el TCAE puede desempeñar varias

funciones, como pasar instrumentos y suministros al cirujano y al equipo médico, mantener un registro de los suministros utilizados y ayudar en la preparación de los materiales necesarios. Es de vital importancia que el TCAE se comunique efectivamente con el equipo quirúrgico, incluyendo al cirujano, el anestesiólogo, el enfermero circulante y otros miembros del equipo, para garantizar una atención coordinada y segura. Los TCAE colaboran en la limpieza, esterilización y almacenamiento adecuado de los instrumentos quirúrgicos y el equipo utilizado en el quirófano.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE ante los quirófanos 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las competencias esenciales que un TCAE debe poseer para desempeñarse eficazmente en el quirófano y contribuir al éxito de las intervenciones quirúrgicas son las que detallaremos a continuación. Se puede subrayar su relevancia en la preparación del quirófano antes de cualquier procedimiento quirúrgico. Esto incluye garantizar que el espacio esté limpio, ordenado y completamente equipado con todos los suministros y equipos necesarios. La preparación meticulosa del quirófano es esencial para asegurar que la cirugía se realice de manera segura y eficiente.

Uno de los roles más críticos del TCAE es la preparación del paciente antes de la cirugía. Esto implica ayudar al paciente a ingresar al quirófano, verificar su identificación y su consentimiento informado, y asegurarse de que esté cómodo y preparado para el procedimiento. La atención y el apoyo al paciente en este momento son fundamentales para su bienestar emocional y físico.

Durante la cirugía en sí, el TCAE desempeña un papel activo al asistir al equipo quirúrgico. Esto puede incluir la entrega de instrumentos y suministros al cirujano, la colaboración en la preparación de los materiales necesarios y el registro meticuloso de las acciones realizadas durante la cirugía. La coordinación eficaz con el equipo quirúrgico es esencial para mantener la seguridad del paciente y el flujo de trabajo eficiente.

El control de infecciones es otro aspecto crítico del trabajo del TCAE en el quirófano. Asegurarse de que se mantengan estrictas medidas de higiene y asepsia es esencial para prevenir infecciones tanto en el paciente como en el personal médico. El manejo adecuado de los desechos biológicos es otra responsabilidad importante. Esto incluye la eliminación segura de materiales médicos y biológicos de acuerdo con los protocolos establecidos para prevenir la propagación de infecciones.

Es destacable la necesidad de mantener registros detallados y precisos de todas las actividades y eventos que ocurran durante la cirugía. Esto incluye la documentación de los procedimientos realizados, los suministros utilizados y cualquier complicación o incidente relevante. Los registros precisos son esenciales para el seguimiento de la atención al paciente y la toma de decisiones médicas adecuadas.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el TCAE desempeña un papel esencial en el quirófano al garantizar la preparación adecuada, asistir en la cirugía, mantener altos estándares de higiene y documentar meticulosamente los procedimientos. Sus competencias son cruciales para garantizar la seguridad y la eficacia de las intervenciones quirúrgicas y el bienestar de los pacientes. El trabajo en el quirófano de urgencias ofrece oportunidades de desarrollo profesional para los TCAE.

La prevención de infecciones es una prioridad, y deben seguir rigurosamente los procedimientos de asepsia y esterilización para garantizar la seguridad del paciente. Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con cirujanos, anestesiólogos, enfermeros y otros miembros del equipo para garantizar la atención coordinada del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 159

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS SUICIDAS

ALEJANDRO CORREAS PULIDO

ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO

VICTOR MANUEL MELLINAS MORALES

CARMEN ELENA RIVERA GARCÍA

MARÍA DE LOS SANTOS YUSTE RENTERO

1 Introducción

El suicidio es una de las causas de defunción más frecuente y representa un grave problema de salud pública, por lo tanto, requiere de una atención especial.

En la actualidad el suicidio se le considera como un problema personal y colectivo de primera orden. Este fenómeno es el resultado de la interacción de una serie de factores genéticos, biológicos, sociológicos, psicológicos, culturales y ambientales. Entre los factores de riesgo anteriormente descritos que pueden aumentar la probabilidad de suicidio se encuentran varias causas como por ejemplo el divorcio, falta de apoyo socio-familiar, nivel socioeconómico bajo, el padecimiento de alguna enfermedad mental del tipo: ansiedad, depresión, esquizofrenia.

Existen otras causas, además de las descritas anteriormente, que aumentan también la probabilidad de suicidio y son: el alcohol, las drogas, enfermedades con mal pronóstico, ciertos rasgos de personalidad, antecedentes familiares de suicidio u otro tipo de trastornos psiquiátricos.

Una vez hecha una pequeña introducción de lo que es el suicidio y sus causas o factores de riesgo, vamos a adentrarnos un poco más en lo que es el paciente suicida. Y como resultado, es aquel paciente que intenta o consigue acabar con su vida. Cuando un paciente suicida intenta acabar con su vida, pero no lo consigue, se dice que es una tentativa de suicidio. Mientras que si consigue acabar con su vida, se denomina suicidio consumado.

2 Objetivos

- Conocer y desarrollar pautas de actuación desde el punto de vista del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en los centros hospitalarios ante pacientes con pensamientos suicidas.

3 Metodología

La metodología para la realización de este capítulo sobre el paciente suicida desde un punto de vista del TCAE se ha llevado a cabo a través de la búsqueda activa y comparativa en varias bases de datos científicas tales como Scielo, Sciencedirect y Redalyc.

4 Resultados

Como resultado a la búsqueda de información podemos observar que el suicidio es un gran problema de salud pública, siendo además una de las causas más frecuentes de defunción.

Por ello, se considera muy importante que todo el equipo de enfermería esté en alerta ante un paciente suicida, para poder comunicar al médico cualquier cambio que sufre, pudiendo ser tratado farmacológicamente de manera adecuada, además de pasar a tener una mayor vigilancia cuando se detecte una ideación suicida.

Normalmente, el paciente suicida, suele dar avisos verbales, unas veces indirectos y otras veces más directos sobre sus intenciones suicidas. Es aquí donde debemos

prestar especial atención, ya que la detección adecuada en el momento oportuno nos puede permitir la prevención.

El paciente suicida tiene dos tipos de conducta suicida, una en la que existe el deseo de la muerte y otra en la que no existe deseo de muerte, sino que buscan un cambio ambiental en el entorno. Esta última conducta en la que no existe el deseo expreso de morir, se llama, parasuicidio y suele ser típico en adolescentes. Cabe destacar que el suicidio a veces puede ser como consecuencia de una actuación impulsiva; sin embargo, otras veces es fruto de una estrategia ya madurada.

Por otro lado, la actitud del TCAE ante el paciente suicida tiene que cumplir un objetivo:

- Protegerse de su propia conducta autolesiva.

Las pautas de actuación del TCAE ante el ingreso en planta de un hospital del paciente suicida son:

1. Garantizar su seguridad:

- Acondicionar la habitación antes de que llegue.
- Cerrar ventanas que no se puedan abrir.
- Medidas de contención mecánica y sedación si fuese necesario.
- Retirar los materiales que puedan dañar, supervisando todos sus objetos.
- Vigilar que tome la medicación adecuadamente, incluso, aquella de aparente inocuidad, como el paracetamol, ya que de lo contrario puede resultar letal en dosis muy altas.
- Preferiblemente que el paciente esté solo. Si no fuese posible, avisaremos al compañero de habitación de la situación.

2. Observación psicológica del paciente:

- Tristeza.
- Intentos previos.
- Deterioro del aspecto.
- Baja autoestima.
- Reparto de posesiones entre familiares y amigos sin razón aparente.
- Deseo de morir.

3. Vigilancia exhaustiva del paciente.

4. Avisar a los facultativos si se ven indicios.

5. Controlar las salidas del paciente y visitas.

6. Si el paciente quiere abandonar el centro, tendremos que retenerlo.

7. Le prestaremos apoyo psicológico y le mostraremos afecto y comprensión.

8. Estimulamos la conversación sin insistir.

9. Implicamos a la familia siempre y cuando no sea perjudicial para el propio paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión a este capítulo del libro acerca de la labor del TCAE ante el paciente suicida, cabe destacar que, ante un paciente suicida, es de suma importancia estar en alerta continua y extremar la vigilancia para observar y comunicar al resto de personal sanitario cualquier cambio que sufra el paciente pudiendo así prevenir el suicidio.

Es muy importante saber que el comportamiento suicida suele ir desde la ideación, siguiendo por las amenazas, los intentos, llegando hasta el suicidio o el parasuicidio. De ahí la importancia de saber los indicadores de riesgo, para poder prevenir el intento de suicidio o el suicidio consumado.

6 Bibliografía

1. Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M., & Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29(5), 66-74.
2. Pérez Barrero, S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general integral*, 15(2), 196-217.
3. Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., & RECOMS, G. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8-23.
4. Molina, R. T., & Lechuga, E. N. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud uninorte*, (17), 19-28.

Capítulo 160

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) ANTE INFECCIONES RESPIRATORIAS DEL NEONATO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

ALEJANDRO CORREAS PULIDO

ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO

VICTOR MANUEL MELLINAS MORALES

CARMEN ELENA RIVERA GARCÍA

MARÍA DE LOS SANTOS YUSTE RENTERO

1 Introducción

Los recién nacidos son propensos a las enfermedades respiratorias. Las infecciones respiratorias virales son responsables de un aumento significativo de la morbilidad y la mortalidad en los recién nacidos prematuros en unidades de cuidados intensivos (UCIS).

Muchos de estos virus se transmiten de forma asintomática en la nasofaringe 1 y pueden aparecer más tarde. En muchos casos, se trata de enfermedades leves y los recién nacidos, especialmente los prematuros o de corta edad, tienen un

alto riesgo de desarrollar infecciones respiratorias que pueden causar síntomas graves como dificultad respiratoria, apnea o inestabilidad hemodinámica.

En muchos casos, los síntomas pueden confundirse con otras afecciones y los cuidados intensivos pueden llevar más tiempo. Se sabe que las infecciones respiratorias virales comunes, como el virus respiratorio sincitial (RSV), son frecuentemente responsables de una alta morbilidad y mortalidad en los bebés prematuros y han causado brotes graves en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

El rinovirus (RV), el metapneumovirus humano (hMPV), el coronavirus (CoV) y el bocavirus humano (hBoV), así como los virus clásicos como el RSV y la influenza, desempeñan un papel cada vez mayor en las infecciones respiratorias neonatales en el papel de UCIS. Es importante sistematizar la atención general de los niños pequeños hospitalizados con infecciones respiratorias para lograr resultados óptimos y reducir el número de complicaciones con métodos de tratamiento específicos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en las infecciones respiratorias del neonato.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 nuestra revisión bibliográfica hemos podido conocer qué tipo de atención primaria se brindará a los recién nacidos hospitalizados con infecciones respiratorias, las cuales pueden amenazar diversas situaciones que se nos pueden presentar.

El cuidado más elemental es el de la piel. La piel de los recién nacidos es muy frágil. La piel dañada puede causar pérdida de agua, electrolitos y calor, lo que

puede conducir fácilmente a desequilibrios de agua, electrolitos y calor como regla general. Las soluciones para la continuidad de la piel aumentan el riesgo de infección. Hay que mantener la piel limpia y seca y cambiar los pañales con frecuencia siempre que sea posible.

Se ha de mantener un ambiente térmico neutro. Este es el rango de temperatura ambiente en el que el gasto metabólico es mínimo y la termorregulación ocurre a través de mecanismos físicos no evaporativos para mantener la temperatura corporal dentro de un rango normal. Esto se logra a una temperatura ambiente de 24 °C a 26 °C.

Es importante que el TCAE esté pendiente de las constantes vitales del recién nacido a la hora de valorar la saturación de oxígeno. El enfermero (DUE) será notificado si se realiza una descarga. También se debe controlar la deshidratación, ya que los recién nacidos necesitan muchos líquidos para funcionar correctamente.

Si el paciente tiene que ser transportado para realizar pruebas diagnósticas, siempre estará acompañado por un equipo médico, por si durante el traslado surgen complicaciones que puedan empeorar el estado del recién nacido. La importancia de la presencia de los padres es muy importante para que el recién nacido pueda vincularse con ellos.

5 Discusión-Conclusión

Un bebé recién nacido necesita muchos cuidados porque sus órganos no están funcionando correctamente, por lo que como se mencionó anteriormente, se debe cuidar la piel y otras necesidades básicas con mucha frecuencia.

El TCAE estará muy pendiente de cualquier complicación que pueda surgir durante la terapia intensiva y podrá hacer que los padres no se sientan solos en un momento difícil. En conclusión, debemos ir más allá de la infección respiratoria de ingreso en la UCIN y mirar más allá y apreciar plenamente todo lo que está asociado con esta insuficiencia respiratoria, tanto positivo como negativo en términos generales.

6 Bibliografía

1. Tamez R, Silva M. Cuidados de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales: cuidado de neonatos de alto riesgo. Buenosairesa: Pan American Healthcare, 2010.

2. Peress Dz. Bronquitis y bronquiolitis. *Pediatría Integrativa* (Madrid) 2016;20(1):28-37.

Capítulo 161

LA UNIDAD DE URGENCIAS Y LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA.

ALEJANDRO CORREAS PULIDO

ANA ISABEL GARCIA PEÑALVO

VICTOR MANUEL MELLINAS MORALES

CARMEN ELENA RIVERA GARCÍA

MARÍA DE LOS SANTOS YUSTE RENTERO

1 Introducción

El servicio de Urgencias lo podemos definir como ese Servicio destinado para recibir, estabilizar y atender al paciente que requiera de atención médica inmediata, que ponga en peligro la vida de la persona o la función de un órgano; el cual está ubicado en las Clínicas Regionales, Hospitales Regionales y Hospitales de tercer Nivel. Dentro de este servicio se encuentran un amplio abanico de profesionales, engendrando un gran equipo multidisciplinar donde todos realizan una labor importante y vital para salvar al paciente.

El TCAE se encuentra en todas las fases por las que el paciente pasa por este servicio, ya que muchas personas pueden requerir atención médica al mismo tiempo

y pueden acudir por diferentes razones, puesto que existen diferentes tipos de urgencias más frecuentes en los hospitales. Por esa razón es necesario realizar un triaje. Podemos definir el Triage como un sistema que tiene la finalidad de fortalecer la atención médica al paciente y optimizar los servicios de Urgencias en relación con la saturación, para lograr convertirlo en un servicio eficiente. El TCAE tiene que acompañar al paciente en los traslados, transmitir la información que recoja sobre su estado de salud a los diferentes componentes del equipo y asegurarse de proporcionar al paciente un bienestar y atención sanitaria que requiera.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer las funciones del TCAE en el servicio de urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pacientes asisten a urgencias cuando tienen la necesidad de ser atendidos de manera inmediata por una patología o accidente que ocurre en el momento y que no puede esperar a ser atendidos por su médico de atención primaria o especializada. El TCAE debe tratar con una delicadeza extrema a los pacientes, ya que se encuentran en un momento muy delicado e incluso doloroso. Podemos resumir las funciones del TCAE en dicho servicio:

- Acompañar al paciente hasta la sala donde será atendido.
- Inmovilizar al paciente en caso necesario.
- Prepararlo para la exploración.
- Guardará las pertenencias del paciente en el caso de que sea necesario retirárselas para algunas pruebas.
- Registrarán las constantes vitales.
- Tendrán que mantener limpio y esterilizado todo el equipo hospitalario.

- Se les proporcionarán los medicamentos necesarios.
- Se les asistirá en la alimentación y en la higiene.
- Se tramitarán todas las solicitudes de pruebas y muestras que soliciten los facultativos.
- Mantendrá el equipamiento necesario al día.
- Asistirá al equipo de enfermería en todo lo que sea necesario.
- Dará información tanto al paciente como a la familia sobre el funcionamiento del hospital y resolverá cualquier duda.

Como se puede ver en las funciones, los TCAE tienen que trabajar en equipo y actuar junto con ellos ante cualquier complicación que pueda surgir, evitando así el empeoramiento del paciente. El profesional que más tiempo pasa y más cerca se encuentra es el TCAE por lo que tiene que ser capaz de transmitir tranquilidad, confianza y empatía, forjando así una relación paciente-TCAE sólida y humana, algo que beneficiará al paciente en su pronta recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Cuando miramos bibliografía sobre las áreas de urgencias, lo primero que cabe resaltar es el trabajo en equipo, donde cada uno cumple una labor indispensable; podemos nombrar o ir desde el equipo de limpieza hasta los administrativos, pasando por todos y cada uno de los profesionales que confluyen esta área. Para ello se crean protocolos de actuación que todos deben de conocer para facilitar el aprendizaje, agilizar la estancia de paciente en esta área y evitar posibles olvidos, además de evitar reclamaciones por parte de las familias o de los propios pacientes por una mala gestión o una mala atención.

6 Bibliografía

1. La importancia del TCAE en el servicio de urgencias. Revista médica electrónica. Portales médicos 2013.
2. https://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/triaje_urgencias.pdf.

Capítulo 162

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE LAS EMERGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

ROSA MARÍA GARCÍA HERNÁNDEZ

MARIA LUISA PARREÑO SÁNCHEZ

ALBA PEÑARANDA GARCIA

BERTA CARRASCO MONTEALEGRE

LAURA SÁNCHEZ ABAD

1 Introducción

El auxiliar de enfermería en la atención primaria desempeña un papel fundamental en el sistema de atención médica. Su rol implica brindar apoyo a los enfermeros y otros profesionales de la salud en la prestación de cuidados a los pacientes en un entorno de atención primaria, como consultorios médicos, centros de salud comunitarios o clínicas de atención ambulatoria. Algunas de las responsabilidades y funciones que pueden desempeñar los auxiliares de enfermería en la atención primaria incluyen:

- Ayudar en la atención directa a los pacientes, tomando signos vitales, registrando información médica básica y preparando a los pacientes para las consultas médicas.

- Bajo supervisión, pueden administrar medicamentos orales o inyectables según las indicaciones del médico o enfermero.
- Recopilar muestras de sangre, orina u otras muestras biológicas para análisis de laboratorio.
- Asistir a los médicos y enfermeros en la realización de procedimientos médicos menores, como curaciones de heridas, suturas o retiro de puntos.
- Proporcionar información básica sobre cuidados de salud preventivos y educar a los pacientes sobre cómo manejar sus condiciones médicas.
- Registrar la información relevante sobre los pacientes y mantener registros actualizados de su atención médica.
- Gestionar el inventario de suministros médicos, mantener limpias y ordenadas las áreas de atención y ayudar en tareas administrativas según sea necesario.
- Comunicarse de manera efectiva con los pacientes, sus familias y otros miembros del equipo de atención médica para garantizar una atención coordinada y de calidad.
- Velar por la seguridad de los pacientes, siguiendo las pautas de higiene y control de infecciones, y notificando a los profesionales de la salud sobre cualquier problema o cambio en el estado de un paciente.

2 Objetivos

Exponer las funciones del personal TCAE ante las emergencias 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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El resultado de la atención de emergencias en atención primaria por parte de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería puede ser crítico para la salud y el bienestar de los pacientes.

Uno de los resultados más críticos es la capacidad del TCAE para ayudar a estabilizar al paciente. Esto implica proporcionar los primeros auxilios necesarios, administrar RCP si es necesario, controlar hemorragias, inmovilizar fracturas u otras acciones inmediatas para mantener al paciente estable hasta que llegue el personal médico o una ambulancia.

Un resultado fundamental es la seguridad del paciente durante la emergencia y el manejo adecuado de cualquier situación de riesgo. El TCAE debe asegurarse de que el entorno sea seguro tanto para el paciente como para el personal de atención médica.

Un resultado importante es la comunicación efectiva con el equipo de atención médica y la transmisión de información precisa sobre la situación del paciente y los procedimientos realizados. Esto garantiza una atención coordinada y eficiente.

Es esencial que el TCAE documente de manera precisa y completa todos los eventos relacionados con la emergencia. Esto incluye la información sobre los procedimientos realizados, los signos vitales, cualquier cambio en el estado del paciente y cualquier medicación administrada.

El TCAE debe ser compasivo, tranquilizador y estar disponible para responder a las preguntas y preocupaciones de la familia y del paciente.

El TCAE debe continuar su formación y actualización en técnicas de primeros auxilios y atención de emergencias para mejorar sus habilidades y estar preparado para futuras situaciones de emergencia.

En resumen, el resultado de la atención de emergencias en atención primaria por parte de un TCAE debe ser una respuesta efectiva y segura que contribuya a la estabilización del paciente y al bienestar general del mismo. La capacidad de tomar medidas rápidas y apropiadas, trabajar en equipo y mantener la calma en situaciones de alto estrés es esencial para lograr estos resultados positivos.

5 Discusión-Conclusión

Es importante destacar que las responsabilidades de los auxiliares de enfermería pueden variar según la ubicación geográfica y las regulaciones locales, así como según el entorno de atención médica específico en el que trabajen. También trabajan bajo la supervisión y dirección de enfermeros registrados o médicos. Su contribución es esencial para garantizar una atención médica eficaz y de alta calidad en la atención primaria.

Los objetivos de la auxiliar de enfermería durante una emergencia en atención primaria son vitales para garantizar una respuesta efectiva y segura, lo que puede

marcar la diferencia en la vida de los pacientes y su recuperación.

6 Bibliografía

<https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2022/06/iii-congreso-nacional-tcae/comunicacion-escrita-iii-congreso-nacional-tcae/CONGRESOFNN-FUNCIONESTCAEENATENCIONPRIMARIA.ANAVANESSALUCASLORENZO.pdf>
<https://revistamedica.com/tcae-primaria-especializada-funciones/>
<https://www.aetesys.es/que-hace-la-tecnico-en-enfermeria-en-atencion-primaria/>
<https://revistamedica.com/funciones-tcae-servicio-urgencias/>
<https://www.euroinnova.edu.es/blog/funciones-de-auxiliar-de-enfermeria-en-atencion-primaria>
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-en-el-area-de-urgencias/>
https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/17315/TFM_Lidia%20Freire.pdf;jsessionid=39D800E796C5F4947C1B1E6F35A15D3E?sequence=6

Capítulo 163

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) PARA LA RECOGIDA DE DIURESIS PARA REALIZACIÓN DE UN UROCULTIVO

CELIA CARAVACA RODRÍGUEZ

MARÍA SÁNCHEZ CABAÑAS

ANTONIO FUENTES AYUS

ESTHER GARCÍA GARRIDO

ANGELA GARCÍA GARCIA

1 Introducción

Un urocultivo es un estudio que se lleva a cabo en un laboratorio que se realiza con la finalidad de identificar y cuantificar la presencia de microorganismos, como bacterias, en una muestra de orina obtenida de forma estéril.

Esta prueba se utiliza de manera común para poder diagnosticar infecciones del tracto urinario (ITU) y determinar qué tipo de bacterias causan la infección, así como su sensibilidad a los antibióticos, con el fin de poder elegir un antibiótico adecuado para su tratamiento.

Un urocultivo se realiza cultivando una muestra de orina en un medio de cultivo especial en el laboratorio, lo que permite a los profesionales de la salud identificar el patógeno responsable y determinar el tratamiento más efectivo en caso de resultado positivo en infección urinaria.

El urocultivo es un procedimiento diagnóstico fundamental en la evaluación de infecciones del tracto urinario y otras afecciones urológicas. La recogida de una muestra de orina adecuada es esencial para obtener resultados precisos y orientar el tratamiento del paciente.

En este trabajo, examinaremos el rol esencial del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el proceso de recogida de diuresis para urocultivo, destacando sus objetivos, resultados y su contribución a la atención al paciente.

2 Objetivos

- Analizar por qué se realiza un urocultivo, su relevancia en el diagnóstico de infecciones urinarias y cómo afecta la toma de decisiones clínicas.
- Identificar las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la recogida de diuresis.
- Describir las responsabilidades específicas del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en este procedimiento y su influencia en la calidad de la muestra.
- Resaltar la importancia de la coordinación entre el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y el personal de enfermería en el proceso de recogida de muestras de diuresis para urocultivo.

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

Realizar un urocultivo es determinante para llevar a cabo el diagnóstico de infecciones presentes en el tracto urinario de los pacientes, permitiendo identificar cuál es el agente patógeno responsable de la infección con el fin de prescribir un tratamiento antibiótico adecuado.

Las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la recogida de orina para llevar a cabo el urocultivo son las siguientes:

Lo primero de todo será explicarle al paciente detenidamente y de forma que este pueda entenderlo, evitando la utilización de palabras técnicas, el procedimiento que se va a llevar a cabo, pidiendo su colaboración en la medida de lo posible, incentivándolo a que lo haga de manera autónoma si sus facultades físicas y psicológicas así lo permiten, fomentando siempre la realización de los autocuidados por el propio paciente siempre que esto sea posible.

A continuación, se llevará a cabo la preparación de todos los materiales que sean necesarios para la recogida de la muestra, dejándolos próximos al paciente con el fin de evitar desplazamientos innecesarios que alarguen la duración de la técnica. Estos materiales son, un recipiente estéril donde se recogerá la orina, las etiquetas identificativas con todos los datos del paciente, guantes de un solo uso, esponjas jabonosas, pañal limpio en caso de pacientes incontinentes, empapador para poner encima de la cama, etc.

Orientar al paciente sobre la forma correcta de recoger y etiquetar la muestra de orina en caso de que pudiera llevar a cabo la recogida por él mismo, explicándole las pautas necesarias las veces que sea necesario.

Garantizar la adecuada conservación de la muestra de orina hasta su llegada al laboratorio.

Registrar la información relevante y comunicar cualquier problema o inusualidad al personal de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

La realización de un urocultivo es esencial cuando se sospecha de una posible infección del tracto urinario, ya que permite pautar un tratamiento adecuado a los pacientes en caso de que el resultado resulte positivo, evitando así el agravamiento de la situación del paciente en caso de que la infección

se extendiera a lo largo del sistema urinario, siendo de vital importancia su tratamiento de manera temprana, antes de que dicha infección llegara a los riñones.

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la recogida de diuresis para urocultivo es de gran importancia para garantizar la obtención de muestras de alta calidad y resultados precisos en el diagnóstico de infecciones urinarias. Su colaboración interprofesional, junto con el personal de enfermería y laboratorio, es esencial para el éxito de este proceso diagnóstico.

La educación al paciente, la adecuada manipulación de las muestras y el seguimiento de los protocolos son responsabilidades clave que los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería asumen con profesionalismo y dedicación.

6 Bibliografía

- Wikipedia
- Editorial Mad
- Scielo

Capítulo 164

PRINCIPALES FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

ESTHER GARCÍA GARRIDO

CELIA CARAVACA RODRÍGUEZ

ANGELA GARCÍA GARCIA

ANTONIO FUENTES AYUS

MARÍA SÁNCHEZ CABAÑAS

1 Introducción

Un neonato es un término médico que se utiliza para referirse a un recién nacido, es decir, un bebé que acaba de nacer y que tiene menos de 28 días de vida. El período inmediatamente después del nacimiento se conoce como el período neonatal, y durante esta etapa, los médicos y profesionales de la salud monitorean de cerca al bebé para asegurarse de que esté sano y se adapte adecuadamente a la vida fuera del útero materno. Los neonatos son extremadamente vulnerables y requieren cuidados especiales, incluyendo alimentación, abrigo y atención médica adecuada para asegurar su salud y desarrollo temprano.

El servicio de neonatología de los hospitales presta atención médica a los recién nacidos que precisan de unos cuidados especiales debido a que presentan unas

condiciones de salud especiales que requieren de vigilancia especial y monitorización constante por parte del equipo sanitario.

En este contexto, el técnico en cuidados auxiliar de enfermería (TCAE) juega un rol esencial al brindar apoyo y asistencia a los neonatos y a los profesionales de enfermería en el cuidado y atención de estos pacientes.

En el presente trabajo se abordan las funciones y características de un Técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de neonatología, destacando su relevancia en la atención neonatal.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son los siguientes:

- Analizar las funciones y responsabilidades del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de neonatología.
- Examinar las características y habilidades necesarias para desempeñar eficazmente el rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el cuidado de recién nacidos.
- Evaluar la importancia de la colaboración interprofesional en el servicio de neonatología y el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en este contexto.

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 y Responsabilidades del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el Servicio de Neonatología:

- Cuidados básicos de los recién nacidos, como llevar a cabo la higiene siempre que sea posible por indicación facultativa, cambio de pañal, etc.
- En caso de que se pueda realizar el baño a los recién nacidos, se deberán cumplir las pautas indicadas en cuanto a temperatura del agua, y la duración del mismo. También se llevará a cabo el cuidado del cordón umbilical.

- Alimentar a los recién nacidos siempre que la lactancia materna no sea posible o exista otra pauta o indicación por parte del equipo facultativo.

Muchos recién nacidos ingresados en el servicio de neonatología pueden requerir alimentación por sonda nasogástrica debido a la inmadurez de su sistema digestivo o a que al ser tan prematuros no han desarrollado el reflejo de succión. Este tipo de alimentación por sonda deberá ser administrada por el personal de enfermería, aunque el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería podrá colaborar durante el proceso.

- Administrar cierto tipo de medicación de manera puntual y siempre bajo supervisión directa de enfermería.
- Control de los signos vitales de los recién nacidos monitorizados, como la frecuencia cardiaca, la respiración o la toma de temperatura, resultando fundamental para la detección precoz de anomalías. Dichas constantes deberán ser registradas de manera precisa en las gráficas de enfermería.
- Prestar asistencia al equipo de enfermería en la realización de procedimientos como la toma de muestra de sangre o la inserción de catéteres, preparando el material necesario para ello y colaborando en todo lo que les sea requerido que se encuentre dentro de sus competencias profesionales, garantizando la seguridad del recién nacido.
- Aportar apoyo emocional a las familias, respondiendo en la medida de sus posibilidades a sus posibles dudas y preocupaciones.

2.Características y Habilidades del TCAE en Neonatología:

- Empatía: La empatía es crucial para entender las necesidades emocionales de los padres y para establecer una relación positiva con los recién nacidos.
- Precisión y Atención al Detalle: La atención al detalle es esencial para llevar un registro preciso de la información médica y para garantizar que el cuidado sea seguro y efectivo del recién nacido.
- Comunicación Efectiva: La comunicación efectiva con el equipo médico, los padres y otros profesionales de la salud es esencial para coordinar el cuidado del neonato.
- Capacidad para Trabajar Bajo Presión: La neonatología puede ser intensa y requerir decisiones rápidas. Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben poder mantener la calma y actuar de manera efectiva en situaciones de alta presión.
- Colaboración Interprofesional:

El servicio de neonatología es un entorno donde la colaboración interprofesional es crucial para brindar el mejor cuidado posible. Los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería trabajan en estrecha colaboración con enfermería, médicos,

terapeutas y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada para los neonatos. Su contribución es fundamental para el éxito del equipo de atención.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión obtenemos que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desarrolla un papel principalmente de cuidados al recién nacido y cooperación con el resto de profesionales sanitarios para la atención del recién nacido.

Debe contar con una formación específica en dicho sector debido a lo delicado de la situación de los pacientes neonatos, ya que se llevan a cabo procedimientos que requieren de extrema precisión y cuidado.

También debemos remarcar la importancia de que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería posea destrezas comunicativas y de empatía para el trato con los familiares, ya que se enfrentan a una situación que causa estrés y ansiedad en los padres de los neonatos, dado la incertidumbre a la que se enfrentan y a la separación de sus hijos.

Por todo ello el desempeño de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de neonatología es fundamental para el correcto funcionamiento del servicio.

6 Bibliografía

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

Capítulo 165

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA

MARÍA SÁNCHEZ CABAÑAS

ANTONIO FUENTES AYUS

ESTHER GARCÍA GARRIDO

ANGELA GARCÍA GARCIA

CELIA CARAVACA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La geriatría es una rama de la medicina que se encarga del estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de los problemas de salud, psicológicos y sociales que afectan a las personas mayores, especialmente a aquellas que tienen 65 años o más, siendo un colectivo especialmente vulnerable a padecer un mayor número de patologías asociadas a la edad, por lo que requieren de una atención especializada.

Los médicos especializados en geriatría reciben el nombre de geriatras y se centran en prestar una atención integral hacia este grupo poblacional, tratando no solo sus dolencias y patologías, sino atendiendo todas sus necesidades de

una manera integral, dando cabida al tratamiento de los aspectos sociales, emocionales y funcionales del envejecimiento.

La atención médica a la población geriátrica es un aspecto crucial de la atención de la salud, dada la creciente población de personas mayores en muchas partes del mundo. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental al brindar atención directa a los adultos mayores en el servicio de geriatría. Este trabajo tiene como objetivo analizar las funciones que desempeña un TCAE en el servicio de geriatría, resaltando su importancia en la atención integral de los pacientes de la tercera edad.

2 Objetivos

- Identificar las principales responsabilidades del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el servicio de geriatría.
- Evaluar cómo el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería contribuye a la atención de las necesidades específicas de los pacientes geriátricos.
- Analizar la importancia de la empatía y el enfoque centrado en la persona en la atención geriátrica proporcionada por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

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

Funciones del TCAE en el Servicio de Geriatría:

- Atender las necesidades básicas de la vida diaria de los pacientes geriátricos, como la necesidad de higiene personal, asistiendo en el aseo o ducha a aquellos pacientes que no puedan realizarlo por si solos e incentivando la autonomía y el autocuidado de aquellos que aún conservan la capacidad de realizarlos de manera autónoma.

Se deberá seguir el protocolo pautado para llevar a cabo dicha higiene, teniendo en cuenta las características individuales de cada paciente, realizando el aseo en

cama de aquellos pacientes que no puedan realizar desplazamientos o requieran reposo absoluto en cama.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá contar con los conocimientos necesarios para llevar a cabo esta función de manera adecuada.

- Prestar asistencia a la hora de realizar la ingesta de alimentos y de líquidos. El Técnico en Cuidados auxiliares de enfermería deberá cerciorarse de la dieta de cada paciente y de las necesidades especiales de alimentación antes de llevar a cabo la alimentación de los pacientes geriátricos.

- Administración de medicación por vía oral o tópica, siempre por indicación facultativa y bajo supervisión directa del equipo de enfermería.

Quedará completamente prohibido la administración de medicación por cualquier otra vía que no sean las anteriormente señaladas.

- Realización de cambios posturales como medida preventiva a la aparición de úlceras por presión y otras lesiones de la piel producidas por la falta de movilidad de los pacientes.

- Participación en las tareas y actividades terapéuticas encaminadas a la estimulación cognitiva y de la movilidad de los pacientes.

- Atención psicosocial de los pacientes geriátricos, tratándolos con empatía, practicando la escucha activa y atendiendo a sus necesidades emocionales siempre que nos sea posible.

Un enfoque centrado en la persona reconoce la singularidad de cada paciente y adapta la atención a sus preferencias y necesidades individuales.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un rol fundamental en el servicio de geriatría al proporcionar atención integral y personalizada a los pacientes de edad avanzada. Sus funciones van desde la asistencia en la higiene personal hasta la administración de medicamentos y la participación en actividades terapéuticas.

La empatía y el enfoque centrado en el paciente son aspectos clave de la atención geriátrica proporcionada por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, ya que permiten establecer relaciones de confianza y brindar un cuidado que aborda las necesidades físicas y emocionales de los adultos mayores.

La colaboración interdisciplinaria entre el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, el personal de enfermería y otros profesionales de la salud como psicólogos, terapeutas ocupacionales, etc., es esencial para garantizar una atención de

calidad en el servicio de geriatría, promoviendo la salud y el bienestar de los pacientes de la tercera edad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 166

CONSULTAS ONCOLOGICAS Y LAS FUNCIONES 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

En la consulta odontológica se lleva a cabo la salud bucodental, se realizan funciones de promoción, en educación sanitaria. También se diagnostica y se trata de enfermedades bucodentales.

En la consulta debe haber un ambiente propicio para la comodidad y la relación de los pacientes, ya que los servicios que aquí se desarrollan suelen poner nerviosos a los pacientes, infundir miedo o incluso ansiedad.

Por eso, es importante cuidar los factores ambientales, como la temperatura, la iluminación, los colores, el ruido y la adaptación para el acceso de personas con diversidad funcional física.

En el consultorio podemos distinguir las siguientes áreas:

- La entrada: Es importante ya que propicia la primera impresión al paciente. En ella se suele situar la recepción, y a veces incluso las a la espera.
- La sala de espera: Es el sitio donde el paciente espera su intervención, puede ser importante tener revistas, periódicos u otros objetos que lo mantengan entretenido.

Deben estar limpias y ser amplias, superior a los 10m².

- El gabinete dental: Es donde se lleva a cabo la visita bucodental y debe contar con el equipamiento y el instrumental necesario.
- La sala de rayos: En ella se encuentra la zona de revelado. Cuenta con un área seca y un área húmeda.
- El almacén; es el sitio donde se almacenan los materiales y el instrumental, por ello debe primar la organización y la higiene, unas condiciones óptimas de temperatura y humedad.

Las estanterías deben estar etiquetadas para llevar un mejor control del nivel de existencias y la fecha de caducidad.

- La sala de esterilización: Debe estar anexa a la sala operatoria, de esta manera el material higienizado y lo instrumental dental corren menos riesgos de contaminación.

Es una de las salas más importantes, ya que en una consulta oncológica es de gran importancia la esterilización y la higiene.

_. La sala de máquinas: Aquí se ubica el compresor que distribuye el aire comprimido a los elementos de rotación de la unidad dental, así como el recipiente que recoge los líquidos evacuados del sillón dental.

- Los aseos: Es conveniente que estén separados, para pacientes y para personal.

EL GABINETE DENTAL.

El gabinete dental está dotado con el equipamiento y el instrumental necesario para todos los tipos de tratamientos o intervenciones a realizar. Las alas pueden ser cerradas,, o abiertas.

Salas abiertas son más propicias para atender a los niños, ya que cuentan con varios si sillones en disposición circular y con atención médica simultanea a varios pacientes.

Los elementos del equipo dental son: El sillón odontológico, (tiene acoplados la mayoría de los instrumentos y accesorios indispensables. Además como sistemas de evacuación de fluidos y restos orgánicos de la cavidad bucal). La base, (está anclada al suelo y conectada a las tuberías de agua, a las conexiones eléctricas y a las tomas de aire que les suministra el compresor. En la base se encuentra el interruptor de acondicionamiento del conjunto del sillón). El sillón anatómico,

(permite movimientos de ascenso y descenso en toda la estructura, miento hacia atrás y hacia delante del respaldo, la elevación de los pies, el dentro del cabezal y, los casos de giro lateral del sillón). La unidad dental, (es la columna de la que salen los brazos que llevan incorporados la mampara de luz halógena y la mesilla auxiliar. En ella se encuentran una serie mangueras que engloban las conducciones eléctricas, de aire y de agua, necesarias para el funcionamiento del instrumental rotatorio y de la jeringa de aire agua o jeringa de triple función). Los taburetes ergonómicos, el módulo auxiliar móvil, la encimera con lavabo, aparato de rayos X, equipo para emergencias, no gastroscopio, lámpara de polinizar, recipientes de residuos biológicos, etc.

2 Objetivos

En el siguiente capítulo vamos a profundizar en la consulta odontológica, veremos la organización, las áreas de las consultas, los profesionales y las funciones que desarrollan los TCAE.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo hemos consultado el temario de técnicas de ayuda odontológica específico para TCAE.

También hemos visitado varias páginas por internet con publicaciones científicos sanitarias a través del buscador Google Académico, especialmente de las publicaciones de Pubmed, La base de datos PubMed y la búsqueda de información científica.

4 Resultados

A continuación nos vamos a centrar en las funciones administrativas y funciones asistenciales del TCAE.

* Las funciones administrativas del TCAE.

Las funciones administrativas se desarrollan principalmente en la recepción, así que las personas que ocupen este lugar se encargarán de recibir a los pacientes, planificar la agenda, informar a los pacientes y atender sus peticiones, archivar registrar la documentación, organizar el archivo de historias clínicas, controlar el material e instrumental de almacén y emitir facturas.

* Las funciones asistenciales del TCAE.

1. Encender el compresor, es un aparato fundamental en la Clínica Dental, gracias a él funciona en material rotatorio y el sistema de aspiración.
2. Una vez encendido el compresor, se enciende el sillón dental.
3. Bajar la altura del sillón dental, al terminar la jornada, el sillón dental debe quedar en la altura elevada, por lo tanto al inicio debemos bajarlo.
4. Seleccionar y preparar el material y el instrumental.
5. Controlar la limpieza, desinfección y esterilización del material y las superficies,
6. Preparar los elementos de protección según lo que se vaya a realizar.
7. Preparar las historias clínicas y la documentación de los pacientes.

EL DÍA A DÍA EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA:

Cuando llega un paciente a la consulta, el TCAE preparará el equipo dental y entrega al dentista a la documentación pertinente. Después, se encargará de colocar el sillón en la posición adecuada, identificará al paciente, le llamará por su nombre para darle familiaridad y reducir su estrés.

Colocará el vaso de los pañuelos de papel al lado del paciente y le protegerá con un babero desechable.

Una vez iniciada la intervención y durante la misma, el TCAE posiciona la lámpara del sillón para evitar que la luz moleste a los ojos del paciente y da al dentista el material e instrumental que va demandando. También es el encargado de gestionar las radiografías y sigue colaborando con el dentista para una buena tarea. Una vez que finaliza el procedimiento, el TCAE observará al paciente sin levantarlo de la silla, para identificar sintomatologías como palidez, sudoración o mareos.

También debe controlar las indicaciones y materiales que se envían al laboratorio para que lleven la filiación correspondiente, la eliminación de residuos generados, archiva la historia del paciente, concertará una nueva cita si es necesario.

Vuelve a preparar todo para el próximo paciente, documentación incluida.

FIN DE LA JORNADA LABORAL.

Al término de la jornada laboral, limpia, y esteriliza los materiales, mental y la superficie es. Engrasa el material rotatorio, filtros de la escupidera y las cánulas de aspiración, Y repone la sustancias antiespumogéneas.

Controlar almacén, ordena los materiales y el instrumental, y archiva la documentación, las radiografías y los historiales clínicos. Comprueba que los gabinetes han quedado limpios y recogidos y ordena la sala de espera. Apaga los equipos y aparatos y cierra las llaves de agua, aire, que vas de la consulta.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar, el trabajo del TCAE en la consulta odontológica o en la clínica odontológica es muy amplio y de suma importancia para el buen funcionamiento de la misma.

Ya que es el encargado tanto de preparar el material, el instrumental, las máquinas... Así como las historias clínicas, la recepción de pacientes.

Su función principal es nada esterilizar el material y la limpieza de la clínica o consulta, ya que en este espacio es de vital importancia la higiene y esterilización para evitar contagios e infecciones.

El trabajo en las clínicas dentales o consultas de tales no lo puede realizar cualquier persona, por ello que todos los profesionales que trabajan en ellas están convenientemente titulados.

6 Bibliografía

Para el desarrollo de este capítulo hemos tenido en cuenta las siguientes publicaciones: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/60545112/odontoestomatologia20190910-68404-2wluuz-libre.pdf?1568106960=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DOdontoestomatologia.pdf&Expires=1687550981&Signature=hSaMe6Dy3A1XpO9HlSTPhdDNbP9HJgK-yYHJfwEIqp3-6Ty7I7XKiZKUqPZyZnZIN52FARSALhUl4tGxKsYlOvz0Q1AWuvWrnTv_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

[60545112/odontoestomatologia20190910-68404-2wluuz-libre.pdf?](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/60545112/odontoestomatologia20190910-68404-2wluuz-libre.pdf?1568106960=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DOdontoestomatologia.pdf&Expires=1687550981&Signature=hSaMe6Dy3A1XpO9HlSTPhdDNbP9HJgK-yYHJfwEIqp3-6Ty7I7XKiZKUqPZyZnZIN52FARSALhUl4tGxKsYlOvz0Q1AWuvWrnTv_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

[1568106960=&response-content-disposition=inline%3B+filename%](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/60545112/odontoestomatologia20190910-68404-2wluuz-libre.pdf?1568106960=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DOdontoestomatologia.pdf&Expires=1687550981&Signature=hSaMe6Dy3A1XpO9HlSTPhdDNbP9HJgK-yYHJfwEIqp3-6Ty7I7XKiZKUqPZyZnZIN52FARSALhUl4tGxKsYlOvz0Q1AWuvWrnTv_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

[3DOdontoestomatologia.pdf&Expires=1687550981&Signature=hSaMe6Dy3A1XpO9HlSTPhdDNbP9HJgK-yYHJfwEIqp3-6Ty7I7XKiZKUqPZyZnZIN52FARSALhUl4tGxKsYlOvz0Q1AWuvWrnTv_](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/60545112/odontoestomatologia20190910-68404-2wluuz-libre.pdf?1568106960=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DOdontoestomatologia.pdf&Expires=1687550981&Signature=hSaMe6Dy3A1XpO9HlSTPhdDNbP9HJgK-yYHJfwEIqp3-6Ty7I7XKiZKUqPZyZnZIN52FARSALhUl4tGxKsYlOvz0Q1AWuvWrnTv_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

[_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/60545112/odontoestomatologia20190910-68404-2wluuz-libre.pdf?1568106960=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DOdontoestomatologia.pdf&Expires=1687550981&Signature=hSaMe6Dy3A1XpO9HlSTPhdDNbP9HJgK-yYHJfwEIqp3-6Ty7I7XKiZKUqPZyZnZIN52FARSALhUl4tGxKsYlOvz0Q1AWuvWrnTv_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA) [https://books.google.es/books?hl=](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=c-8tDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA123&dq=el+tcae+en+la+consulta+odontol%C3%B3gica&ots=rKBrwIDdfM&sig=WGL-vhWq2bugpz51XDkKZt2r2GM#v=onepage&q=el%20tcae%20en%20la%20consulta%20odontol%C3%B3gica&f=false)

[es&lr=&id=c-8tDwAAQBAJ&oi=](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/60545112/odontoestomatologia20190910-68404-2wluuz-libre.pdf?1568106960=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DOdontoestomatologia.pdf&Expires=1687550981&Signature=hSaMe6Dy3A1XpO9HlSTPhdDNbP9HJgK-yYHJfwEIqp3-6Ty7I7XKiZKUqPZyZnZIN52FARSALhUl4tGxKsYlOvz0Q1AWuvWrnTv_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

[fnd&pg=PA123&dq=el+tcae+en+la+consulta+odontol%C3%B3gica&ots=](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/60545112/odontoestomatologia20190910-68404-2wluuz-libre.pdf?1568106960=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DOdontoestomatologia.pdf&Expires=1687550981&Signature=hSaMe6Dy3A1XpO9HlSTPhdDNbP9HJgK-yYHJfwEIqp3-6Ty7I7XKiZKUqPZyZnZIN52FARSALhUl4tGxKsYlOvz0Q1AWuvWrnTv_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

[rKBrwIDdfM&sig=WGL-vhWq2bugpz51XDkKZt2r2GM#v=onepage&q=el%](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/60545112/odontoestomatologia20190910-68404-2wluuz-libre.pdf?1568106960=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DOdontoestomatologia.pdf&Expires=1687550981&Signature=hSaMe6Dy3A1XpO9HlSTPhdDNbP9HJgK-yYHJfwEIqp3-6Ty7I7XKiZKUqPZyZnZIN52FARSALhUl4tGxKsYlOvz0Q1AWuvWrnTv_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

[20tcae%20en%20la%20consulta%20odontol%C3%B3gica&f=false](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/60545112/odontoestomatologia20190910-68404-2wluuz-libre.pdf?1568106960=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DOdontoestomatologia.pdf&Expires=1687550981&Signature=hSaMe6Dy3A1XpO9HlSTPhdDNbP9HJgK-yYHJfwEIqp3-6Ty7I7XKiZKUqPZyZnZIN52FARSALhUl4tGxKsYlOvz0Q1AWuvWrnTv_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

Capítulo 167

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON INFECCIONES DE ORINA A CAUSA DEL SONDAJE

LOIDA SERRANO LOPEZ

ANA MARÍA DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ

INMACULADA CONCEPCION MARTÍNEZ CARRETERO

TANIA VALERA ZAMORA

SONIA LOZANO GARCIA

1 Introducción

La infección urinaria, como la palabra la define, es infección en el tracto urinario y puede ser a nivel renal o a nivel de uretra. Generalmente, es más frecuente en mujeres que en hombres, debido a la longitud de la uretra, la uretra de la mujer es más corta. Aunque existen tres puntos fijos en los que suele aflorar la infección urinaria, en el primer caso podemos encontrar al lactante por posibles o probables malformaciones en el aparato urinario y que no han sido identificados todavía. En el segundo punto encontramos a las mujeres adultas por el aumento de actividad sexual y como no los posibles embarazos, y por último en este caso la degeneración de las vías urinaria por la edad provoca muchas obstrucciones y como consecuencia retenciones o infecciones urinarias.

Los síntomas que aparecen en la infección urinaria suelen ser disuria, polaquiuria, orina de color colúrica (oscura), fiebre, vómitos y, en algunas ocasiones, incluso diarrea.

Es muy importante acudir al primer síntoma de la posible infección urinaria o también conocida como ITU al centro sanitario para que le realicen un análisis de orina y pueda realizar el tratamiento médico correcto y las medidas higiénico-dietéticas que le puedan realizar.

2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados y el tratamiento que puede realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en pacientes que padecen o pueden sentir algún síntoma relacionado con la infección urinaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, que han descrito el tipo de cuidados o manejo que puede tener el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en pacientes con infección urinaria.

Palabras clave: cuidados, orina, fiebre, vómitos.

4 Resultados

Vamos a hablar sobre como se lleva a cabo las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería ante los pacientes que tiene infecciones de orina por diferentes causas. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), en caso de infección urinaria o prevención de la misma, puede explicar a todos los pacientes que:

- Es fundamental la hidratación diaria aproximadamente un litro o dos de agua, con esto la orina estará más diluida y se realizará la prevención de diferentes gérmenes en ella.
- Es importante que se intente evitar café, té, bebidas alcohólicas, tabaco y por supuesto el sedentarismo y la obesidad. La dieta también va a ser clave, ya que

en ocasiones el color de la orina nos va a indicar que alimentos ha ingerido el paciente.

- En el caso de la higiene es importante evitar baños, mejor realizar duchas y, en el caso de la mujer, mantener siempre higiene estricta a nivel vaginal. Se aconsejará utilizar ropa interior de algodón, de esta forma también se llega a evitar la humedad.
- Después de cada acto sexual es conveniente realizar micción espontánea y como no volver a realizar la higiene genital, secando y evitando humedad en esa zona.
- Así mismo, es importante también que el TCAE explique qué tipo de síntomas puede llegar a padecer en la infección urinaria para que, en el momento que note alguno, pueda acudir al centro de salud y comenzar el tratamiento.
- El TCAE explicará correctamente que el tratamiento antibiótico debe ser completado en totalidad, ya que muchos pacientes en el momento que notan mejoría abandonan el tratamiento antibiótico.
- Siempre que se sospeche que un paciente presenta una infección urinaria, el TCAE recogerá la orina para trasladarla al laboratorio para el análisis de esta.

5 Discusión-Conclusión

La infección de orina es un tema que, en la actualidad, es frecuente debido a que muchos pacientes desconocen la prevención que pueden realizar para evitar la misma.

Se resalta el papel que ejerce el TCAE en este ámbito, que se encargará de realizar e indicar qué tipo de medidas pueden ser las correctas para evitar o cuidar esa infección urinaria, con la higiene adecuada, la hidratación, alimentación y con la ropa interior para evitar que esa zona esté húmeda y sea factor de riesgo de gérmenes.

Como método diagnóstico de la infección urinaria se cuenta con la recolección de orina y posterior análisis de esta, en la que el TCAE tiene la función de la recogida y transporte de la muestra.

6 Bibliografía

1. Gradwohl S, Bettcher C, Chenoweth C, Van Harrison R, Zoschnick L.(2011) Urinary tractinfection. Regents of the University of Michigan.
2. Andreu Domingo, A. (2010). La infección del tracto urinario en la práctica clínica. Revista clínica española. 210 (11) 556-558.

Capítulo 168

ENJUAGUES BUCALES PARA GINGIVITIS A LOS PACIENTES POR EL 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

Son muchos productos los que anuncian tanto en redes sociales, televisión para impulsar el buen cuidado de la dentadura, pero en muchas personas no saben utilizarlo con lo cual solamente realizan el cepillado de los dientes.

La población no está concienciada en que la gingivitis puede ser incluso mortal. Podemos considerar a la gingivitis como una enfermedad bucal generalmente bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías, causada por los restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes. Podemos encontrar gingivitis inducida por la placa dental la cual es producida por la placa dental, y otra gingivitis en la cual puede ser producida por virus, fármacos, lesiones accidentales etc.

Aparentemente en la gingivitis se observa una inflamación de las encías, y sangrado excesivo durante el cepillado, en algunas ocasiones también se pueden observar aftas bucales.

No siempre la gingivitis es un cuadro de falta o déficit de higiene, también es el consumo de tóxicos, alcohol, tabaco y en algunas ocasiones desnutrición. En este último puede ser por enfermedad mental como por ejemplo anorexia o bulimia, en otras ocasiones es por falta de conocimientos o falta de economía con la que puedan realizar compra de alimentos equilibrados, sanos o que mejoren la salud de la persona.

2 Objetivos

- Dar a conocer qué tipo de educación sanitaria puede realizar el TCAE ante la información de enjuagues bucales para evitar o prevención de la gingivitis.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos de SCIELO, PUBMED etc. Se han encontrado artículos que nos ayudan a conocer qué educación sanitaria puede ejercer la TCAE para enjuague bucal prevención de gingivitis.

Palabras clave : cuidados, gingivitis, encías, diente.

4 Resultados

- En nuestra revisión hemos podido documentar mediante artículos que encontramos la posible educación sanitaria que puede realizar el TCAE para que la población o pacientes conozcan que es la gingivitis y como poder prevenirla con enjuagues bucales.
- En un primer momento el TCAE conocerá qué tipo de enjuagues hay en el mercado y que contiene cada uno, para evitar reacciones anafilácticas. También deberá tener en cuenta que los enjuagues bucales contienen una variedad de ingredientes activos que pueden ayudar a prevenir la caries dental, incluyendo fluoruro, clorhexidina y xilitol. El fluoruro es uno de los ingredientes más comunes en los enjuagues bucales y ayuda a fortalecer el esmalte dental y prevenir la caries dental.
- En el momento que en un paciente aparezca la gingivitis también puede llegar a utilizar el enjuague bucal, ya que es un antiséptico y antibacteriano.

- El TCAE realizará la educación sanitaria tanto a niños como a adultos. La diferencia que puede encontrar entre estos dos tipos de población es que el niño tiende a ingerir el enjuague bucal, por lo que puede irritar las vías respiratorias.
- Es importante que el TCAE explique que el enjuague bucal se realizara tras el cepillado dental , nunca antes, porque realmente no realizara la función que tiene este enjuague.
- También el TCAE explicará que este enjuague se puede diluir en caso de que les resulte fuerte con agua. Se realizará gárgaras durante unos 3 min de duración y se volverá al exterior del cuerpo del paciente.
- Generalmente no solo se recomendará el enjuague en gingivitis también se puede recomendar en casos de prevención de caries y otras patologías.
- Es importante que el TCAE conteste a las posibles dudas de los pacientes para evitar confusiones a la hora de realizar la utilización del enjuague bucal.

5 Discusión-Conclusión

Se ha visto que es muy beneficioso el uso de enjuague bucal, no solo en gingivitis, sino en otras afecciones bucales como prevención y cuidados como la caries dental.

Esta educación sanitaria no solo se realiza en adultos, sino también en niños, aunque los que tienen que supervisar la correcta técnica del enjuague son los adultos.

Es importante la educación, ya que el enjuague es un antiséptico y como no antibacteriano que evitara o cuidara las encías durante la gingivitis.

El TCAE conocerá que componentes existe en cada enjuagué bucal para evitar reacciones anafilácticas y explicará correctamente como realizar la técnica y cuando se realiza.

6 Bibliografía

- Ahn YB, Kim BI, Kim KN, Kim KM, Lim SH, Park YD, et al. The effect of antimicrobial mouth rinses on the oral health of orthodontic patients. Korean J Orthod. 2013;43(1):16-21.
- Baig AR, Khan AA, Rasheed A, Khattak MF, Khan AA, Saeed M, et al. Efficacy of herbal and non-herbal mouthwashes in the management of gingivitis: A systematic review. Pak J Med Sci. 2020;36(3):477-83

Capítulo 169

MATERIAL PEDIÁTRICO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETÍN EN LOS CENTROS DE SALUD

MARÍA CRISTINA NAVA RODRIGUEZ

MARIA DE LOS ANGELES ALONSO DIAZ

BEGOÑA ANTUÑA ALISTE

ALICIA QUESADA VIDAL

1 Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) se puede presentar en cualquier lugar, por ello los centros de Atención Primaria deben disponer de los medios materiales adecuados para la reanimación cardiopulmonar (RCP) pediátrica. El carro de paradas es un elemento indispensable dentro de cualquier centro sanitario para realizar los procedimientos de resucitación y la atención al paciente grave, con un material específico.

Estos carros se utilizan en pocas ocasiones, pero es preciso revisar periódicamente las caducidades y que el material esté ordenado para poder tener disponible todo lo necesario en caso de urgencia y así minimizar el riesgo.

El conocimiento de estas técnicas por parte del personal sanitario supone un beneficio para mejorar el pronóstico de supervivencia en cualquier caso de PCR, siempre y cuando las medidas de soporte vital básico se inicien precozmente. Es por lo tanto necesario capacitar a los profesionales para que adquieran de forma

eficiente los conocimientos, aptitudes y habilidades precisas para realizar maniobras de RCP y deben estar continuamente reciclándose con las nuevas recomendaciones internacionales.

Por ello se quiere conocer la situación actual de los centros de salud en España, tanto la información acerca de la existencia de material necesario para atender la patología grave y crítica pediátricas como de las oportunidades de formación de los profesionales sanitarios.

2 Objetivos

- Describir el material que disponen los centros de salud de Atención Primaria para atender las urgencias del niño con parada cardiorrespiratoria en la población pediátrica.
- Valorar el grado de conocimiento del personal sanitario sobre el material que existe en el centro sanitario, así como del material básico que debería existir para una correcta actuación sanitaria
- Conocer la disponibilidad de cursos formativos para los profesionales sobre RCP o patología grave pediátrica.

3 Metodología

La población de estudio fueron profesionales de la atención pediátrica, incluidos en foros de Pediatría de Atención Primaria; socios de las distintas sociedades pediátricas de Atención Primaria y socios de sociedades pediátricas regionales.

A todos ellos se les envió un correo electrónico con un enlace a un formulario de la plataforma Google Drive(r) en el que podían responder una encuesta.

El único criterio de inclusión fue responder la encuesta, sin que hubiera ningún criterio de exclusión.

Se envió un primer correo, y dos recordatorios a las dos y a las cuatro semanas del primer envío. Se analizaron las respuestas que se recibieron mes y medio después de haber enviado el primer correo.

Dado que los participantes podían recibir la encuesta por varias vías, por ser socios de varias sociedades, o estar además incluidos en alguno de los foros, no fue posible calcular el tamaño de la población de estudio. Se indicó, no obstante, que la encuesta debía ser contestada una sola vez por cada profesional.

4 Resultados

Se recibieron 213 respuestas, de las cuales:

- 201 fueron de pediatras
- 6 de médicos de familia
- 1 de puericultor
- 4 de enfermería

Un 91,9% de los encuestados respondió que en su centro de trabajo existe material específico para atender niños, pero solo un 49,1% dispone de carro de paradas pediátrico y un 46% de maletín para salir fuera del centro a atender a un paciente pediátrico.

Un 98,6% dispone de toma de oxígeno en su centro de salud y el 90,1% bolsa de ventilación pediátrica. El 99,1% tiene un pulsioxímetro, pero el 45,2% de los centros carece de sensor para lactantes.

El 70,5% dispone de aspirador para secreciones, el 75,8% de sondas de aspiración pediátricas y un 11% de sonda rígida tipo Yankauer. Un 50% de los encuestados desconoce la existencia o no de esta última.

El 93,4% dispone de un desfibrilador en el centro de trabajo mientras que el 81% dispone de un laringoscopio y tubos endotraqueales de varios tamaños. El 92,9% dispone de una cánula orofaríngea de Guedel. Por el contrario, solo dispone de mascarilla laríngea pediátrica un 32,1% y de aguja intraósea pediátrica un 33,6%. El 95,7% afirmó que en su centro de trabajo había manguito de presión arterial infantil y equipos de perfusión para canalizar una vía periférica.

Un 65,9% tiene hojas de dosis de medicación por peso. El registro de la medicación y sus fechas de caducidad está disponible para un 79,1%. El 9% dice que su centro carece de estas, y la existencia de este registro fue desconocida para un 11,8%.

Se proporcionan cursos formativos de RCP o patología grave de forma periódica a un 58,2% de los encuestados, frente que un 39,9% no los dispone y un 1,9% lo desconoce.

También se les preguntó por su percepción personal de si disponen de material para atender la patología grave más frecuente de los niños y un 91,9% consideró tener material suficiente para atender una convulsión, un 98,1% para atender una crisis de asma, un 95,3% para atender una anafilaxia y un 92,9% para atender una hipoglucemia.

Los profesionales sanitarios también señalaron los fármacos que consideran deben estar incluidos en el carro de paradas pediátrico y su disponibilidad en los centros, de los cuales destacan en un 80% adrenalina, salbutamol, diazepam, metilprednisolona y suero fisiológico; mientras que menos del 30% consideraron necesario disponer de tiopental, succinilcolina, vecuronio, fentanilo y cloruro cálcico. La ceftriaxona la considera importante un 73,5%, pero solo disponían de ella un 31% de los encuestados. El midazolam es importante para un 82,5% y existe solo en un 50%, aunque un 90% tenía acceso a diazepam.

5 Discusión-Conclusión

El estudio muestra que un % importante de profesionales de Atención Primaria no dispone en sus centros de trabajo de material específico para la atención de la PCR pediátrica. La mitad de los encuestados no dispone de un carro de paradas específico para paciente pediátrico, ni de un maletín para poder atender estos procesos fuera del centro de salud.

La etiología más frecuente de la PCR en Pediatría es respiratoria.

Las dosis de fármacos deben ser calculadas individualmente para cada paciente según su peso y en situaciones de estrés como es la PCR, es fácil cometer algún error en el cálculo de la dosis a utilizar. Para ello es aconsejable disponer de hojas de dosificación recomendadas para los distintos rangos de peso y edad. En el estudio solamente un tercio de los encuestados refieren no disponer de estas tablas.

A pesar de las importantes deficiencias tanto en el material pediátrico existente en los centros de Atención Primaria como en la formación del personal en cursos de RCP y patología grave pediátrica, la mayoría de los pediatras siente disponer de los medios necesarios para asistir la patología pediátrica más prevalente.

6 Bibliografía

- Guía de práctica clínica sobre el manejo de la enfermedad meningocócica invasiva. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2013. Guías de Práctica Clínica en el SNS: IACS N.º 2011/01. Disponible en www.guiasalud.es/GPC/GPC_525_EMI_ICS_compl.pdf
- Calvo C, López-Herce J, Carrillo A, Burón E. Material de reanimación cardiopulmonar en Pediatría. En: Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal. Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. Madrid: Publimed; 2004.

- Barcones Mingueza F. Material preciso para emergencias pediátricas. En: Calvo C (ed.). Emergencias pediátricas. Fundación EPES. Madrid: Ergon; 1999.
- Fernández Fernández RI, Mateo Martínez M. Carro de urgencias pediátrico en Atención Primaria. Bol Pediatr. 2006
- Calvo Macías C, López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Burón Martínez E. Material del carro de reanimación cardiopulmonar pediátrica. An Pediatr (Barc). 2007

Capítulo 170

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE URGENCIAS

PAOLA UFANO ALVAREZ

1 Introducción

El servicio de urgencias, también conocido como servicio de emergencias o sala de urgencias, es una unidad médica especializada que brinda atención inmediata a pacientes que presentan enfermedades o lesiones graves o potencialmente mortales que requieren atención médica inmediata. Estos servicios se encuentran generalmente en hospitales o centros de atención médica y están disponibles las 24 horas del día.

El objetivo principal del servicio de urgencias es proporcionar evaluación, diagnóstico y tratamiento oportunos a los pacientes que llegan con una amplia variedad de condiciones médicas urgentes. Esto puede incluir problemas como ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, lesiones traumáticas, dificultades respiratorias, dolor severo, complicaciones de enfermedades crónicas, reacciones alérgicas graves y otras emergencias médicas.

El personal del servicio de urgencias está compuesto por médicos, enfermeras, TCAE y otros profesionales de la salud capacitados en el manejo de situaciones de emergencia. Estos profesionales están entrenados para tomar decisiones rápidas y precisas, priorizar la atención según la gravedad de la condición del paciente y estabilizarlo mientras se determina el tratamiento.

Es importante tener en cuenta que el servicio de urgencias no debe ser confundido con un centro de atención primaria. Mientras que los centros de atención primaria suelen atender problemas médicos menos urgentes o no emergentes, el servicio de urgencias está diseñado para tratar condiciones que ponen en peligro la vida o la función de los órganos y requieren atención.

2 Objetivos

Describir el papel del TCAE en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre artículos científicos y médicos sobre el área de urgencias a la par que se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed y Medline al igual que artículos de revistamedica.com con el fin de desarrollar el estudio de la forma más eficaz

4 Resultados

Los TCAE (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) desempeñan un papel fundamental en el servicio de urgencias. Sus principales funciones son:

1. Asistencia y apoyo al paciente: Los TCAE brindan asistencia directa a los pacientes en urgencias, ofreciéndoles cuidados básicos como toma de constantes vitales, ayuda en la movilidad, higiene personal, confort y atención emocional. Su objetivo principal es garantizar el bienestar y la comodidad de los pacientes durante su estancia en el servicio de urgencias.
2. Colaboración con el equipo de salud: Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud en el servicio de urgencias, como médicos y enfermeras. Su objetivo es brindar apoyo al equipo, ayudando en tareas como la preparación de material médico, la movilización de pacientes, la recolección de muestras y la gestión de equipos y suministros médicos.
3. Mantenimiento de la seguridad: Los TCAE son responsables de mantener un entorno seguro en el servicio de urgencias. Esto implica estar atentos a los riesgos potenciales, mantener el orden y la limpieza en las áreas de trabajo, asegurarse de

que los equipos médicos estén en condiciones óptimas y cumplir con las normas de higiene y prevención de infecciones.

4.Documentación y registro: Los TCAE tienen la responsabilidad de realizar registros precisos y completos de las actividades realizadas y de los datos relevantes sobre los pacientes. Esto incluye tomar notas de las constantes vitales, las intervenciones realizadas, las medicaciones administradas y cualquier otra información relevante que deba ser documentada.

5. Apoyo en procedimientos médicos: Los TCAE pueden asistir a los médicos y enfermeras durante la realización de procedimientos médicos en urgencias, como la colocación de vías intravenosas, la toma de muestras de sangre, la realización de electrocardiogramas, entre otros. Su objetivo es ayudar a que estos procedimientos se realicen de manera segura y eficiente.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del TCAE en urgencias es uno de los eslabones más importantes de la cadena de atención, centra sus labores en proporcionar cuidados y apoyo a los pacientes, colaborar con el equipo de salud, sobre todo con el equipo de enfermería, haciendo un reparto de tareas según sus capacidades con el fin de mantener el trabajo de forma equilibrada. También se ocupa de mantener la seguridad en el entorno, documentar las actividades de forma correcta y brindar asistencia en procedimientos médicos.

Por lo que su trabajo está considerado como una parte esencial de la atención, con la cual se garantiza un servicio eficiente y un cuidado y atención correcto a los pacientes con el fin de que mejore su salud y su estancia en el centro hospitalario sea lo mas llevadera posible.

En este servicio en conclusión el tcae desempeña un papel crucial en este servicio ya que su presencia y contribución son fundamentales para brindar una atención de calidad ya que dentro del ámbito de salud todos los profesionales forman una cadena de eslabones donde todos tienen una función vital. Todos y cada uno de ellos, desde el personal de limpieza al administrativo, son fundamentales y necesarios para una actuación eficaz y rápida ante las urgencias.

6 Bibliografía

La importancia del TCAE en el servicio de urgencias. Revista médica electrónica Portales médicos 2013

Normativa sobre Salud Laboral del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social del Gobierno de España

Pubmed

Medline

Capítulo 171

COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECEPCIÓN DE UN PACIENTE EN URGENCIAS

SERGIO CASTELLANOS LARA

NATALIA SÁNCHEZ-URÁN DÍAZ

1 Introducción

La decisión de acudir al servicio de urgencias denota la gravedad del estado de salud en el que se encuentra el paciente. Hay ocasiones en las que el paciente acude por voluntad propia y otras en las que acude por la llamada a los servicios médicos y posterior derivación desde el lugar donde se encuentra al hospital o bien por algún tipo de accidente. Es en este tipo de ocasiones en las que el auxiliar desempeña un papel fundamental a la hora de recibir al paciente en el servicio de urgencias, ya que en muchos casos es de vital importancia la correcta realización de sus funciones para el buen recibimiento del paciente y la pronta estabilización del mismo, para proceder a su correcto diagnóstico y poder elaborar un plan médico para la solución al problema que le ha llevado a ocurrir al antes mencionado servicio.

No se nos puede olvidar que esto no sería posible sin la colaboración de otros servicios como es el de Administración, Celadores, Limpieza, Mantenimiento, etc. Son parte fundamental en el servicio, ya que es una cadena y la fluidez de trabajo entre todos los escalones es sinónimo de una buena atención por parte del equipo.

2 Objetivos

Describir la colaboración del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la recepción de un paciente crítico 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. Los criterios de exclusión tenidos en cuenta son artículos anteriores al 2011 y de idioma diferente al Castellano.

4 Resultados

Las funciones del TCAE en este tipo de servicios se podrían resumir en las siguientes:

- Mantener la unidad en correcto estado tanto de limpieza del material como por cantidad de material disponible dentro de la misma.
- Relleno de fichas médicas con documentación de la persona, tratamientos a llevar a cabo, etc.
- Asistir al equipo de medicina y enfermería en todo lo que sea necesario como puede ser la toma de constantes, movilización del paciente, etc.
- Administración de tratamientos orales.

El auxiliar de Enfermería se ocupa de recibir al paciente junto con el resto de equipo médico y personalmente se encarga tanto de preparar todo el material para que la asistencia temprana del paciente sea satisfactoria y correcta como de explicar al paciente y familia de las normas del servicio. Siempre cumpliendo con la ley de Protección de Datos.

Entre otras funciones una vez realizada la temprana asistencia y está estabilizado, también se encarga del bienestar del paciente cerciorándose de que la estancia en la unidad sea de calidad no solo de comodidad sino también asistencialmente hablando. Para ello la unidad debe de encontrarse en buen estado, la lencería debe de ser la adecuada y estar en óptimas condiciones, posición del paciente, etc.

En este tipo de unidades, debido a la incertidumbre de que nunca sabes qué tipo de paciente puede acudir ni con qué gravedad va a acudir, se trabaja bajo presión, por lo que el personal que trabaja en este tipo de unidades debe estar preparado para afrontar todo tipo de situaciones por muy complicadas que sean y deben tener un nivel de conocimientos acorde a la unidad para realizar una correcta praxis de sus funciones, ya que de ellas puede depender la vida del paciente.

Es así que en muchas gerencias se realizan cursos de formación en el ámbito laboral para tener al personal preparado y formado ante los diferentes tipos de situaciones que le puedan ocurrir y que sepa reaccionar en todo momento sea cual sea la gravedad de la situación que se presente.

Por otro lado también se fomenta la unidad del equipo de atención médica ya que una buena armonía entre los diferentes grupos de profesionales se traduce en una rápida intervención.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión de este estudio es la de que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es una de las piezas fundamentales en este tipo de unidades, ya que en el caso de no desempeñar su trabajo correctamente, la calidad de los servicios prestados se vería notablemente ralentizado peligrando en muchos casos la salud del paciente que acude a la misma, ya sea crítico o no.

Como bien se ha comentado antes le doy gran importancia a los cursos de formación realizados dentro de la unidad para la formación de sus profesionales, ya que es necesario tener a personal altamente cualificado para que el servicio sea de calidad.

6 Bibliografía

www.cursosfnn.com

www.revistasanitariadeinvestigacion.com

<https://www.euroinnova.edu.es>

Capítulo 172

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS FUNCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA

MARÍA BELÉN CUESTA TOMÁS

MARIA DE LA FUENTE CARLOS BLÁZQUEZ

NURIA GROMADA ALCAIDE

MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA

1 Introducción

Cuando la salud de un paciente no es la mejor, la atención primaria es el lugar donde se debe empezar. A partir de ahí, serán derivados al servicio que el personal médico, en este caso el médico, considere mejor en un hospital.

Localizamos un equipo multidisciplinar que incluye médicos de atención primaria, enfermeras, fisioterapeutas, pediatras, matronas y técnicos auxiliares de enfermería (TCAE), que en esta instancia serán los primeros.

Muchas veces el paciente no sabe a dónde va y no sabe a quién acudir en situaciones de emergencia, por lo que es importante ayudar al paciente con las posibles dudas que le puedan surgir respecto a su ubicación, así como a quién y dónde debe acudir. Te explicaremos más en él sin ir más allá de lo que hacemos, con quién tenemos que hablar y cómo funciona el centro. Somos conscientes de que

los centros de salud sirven como puerta de entrada al sistema sanitario, lo que exige una plantilla y una administración de primer nivel lo suficientemente comprensivos como para ponerse en el lugar de quienes los visitan. Esto es lo que hace a: que todos los que nos visitan sientan en todo momento que son tratados con compasión y que cualquier problema de salud que surja allí está solucionado un individuo requiere en un hospital.

2 Objetivos

El objetivo de esta investigación es resaltar la importancia de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en este servicio de atención primaria.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se han buscado sistemáticamente artículos en las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, y también se han revisado los libros en busca de material relevante.

4 Resultados

Los hallazgos de este estudio nos han llevado a darnos cuenta de que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un pilar crucial de las instalaciones médicas, ya que mantiene todo en las mejores condiciones y reabastece todas las consultas para que cuando lleguen los médicos y los pacientes, puedan hacerlo.

Todo está al día para los enfermos. Desempeña un papel fundamental en el equipo multidisciplinario del centro de salud. Desde los problemas de salud más pequeños hasta los más graves que serán derivados al centro hospitalario, la atención primaria los aborda todos correspondiente a esa zona sanitaria es la más cercana. En este caso, es fundamental evaluar la salud física y mental del paciente, así como, ocasionalmente, cualquier problema social emergente. El tema del idioma ahora se agrega de vez en cuando, y como hay muchos extranjeros que necesitan ayuda con sus problemas de salud, sería necesario tener carteles en otros idiomas y traducciones adicionales.

Además, contaron con acompañantes de habla hispana para garantizar que recibieran la mejor atención médica y una pronta resolución de los problemas de salud que estaban experimentando tanto la población adulta como la infantil.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son cruciales en esta situación porque, como ya hemos mencionado, normalmente son los primeros en ayudar al paciente, derivarlo al médico adecuado o hacer los arreglos para el procedimiento difíciles que deben completar en el centro de salud debido a nuestros prejuicios compartidos, así como a las barreras lingüísticas, que frecuentemente están presentes como lo han hecho a la hora de recibir atención, ya que hay que ser capaz de afrontar las diferencias sociales y culturales que existen en la atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado, podemos concluir que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) deben estar presentes en todos los centros sanitarios, ya que son los que más conocen y acercan a los pacientes. Ofrecerán citas médicas y otra información.

Trabajar con fisioterapeutas, enfermeras, médicos y personal de seguridad en la promoción y prevención de la salud. El paciente recibe servicios básicos en los centros de salud porque son de fácil acceso y cercanía.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un trabajador de vital importancia y en este trabajo hemos visto que todos son importantes en la atención médica.

6 Bibliografía

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

Capítulo 173

MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES POSTOPERATORIOS

GISSELA CORNEJO EGOAVIL

MARIS DANIA MONTERO MONTERO

LILIAN DEL SOCORRO MUÑOZ MENDOZA

NÉRIDA JOSEFINA ZAMBRANO PIÑANGO

GLORIA FERNÁNDEZ MATE

1 Introducción

El dolor postoperatorio es una experiencia común y potencialmente debilitante para los pacientes sometidos a cirugía. Su adecuado manejo es esencial para minimizar el sufrimiento, acelerar la recuperación y reducir las complicaciones asociadas (Pérez-Guerrero, A. C., et al., 2017).

La experiencia de dolor después de una cirugía puede ser profunda y variada. Va más allá de la incomodidad física y se extiende a aspectos emocionales y psicológicos. El dolor postoperatorio puede dificultar la recuperación, aumentar el estrés y la ansiedad del paciente, limitar la movilidad, y contribuir a una calidad de vida reducida. (Quinde Cobos, P., 2017). Como resultado, es esencial para los profesionales de la salud abordar y controlar el dolor postoperatorio de manera óptima.

Históricamente, su manejo se centraba en el uso de opioides fuertes, como la morfina. Aunque estos medicamentos son efectivos en el alivio del dolor, también están asociados con riesgos significativos, como la adicción, la sedación excesiva, el estreñimiento y la depresión respiratoria (Guamba Leiva, J., et al., 2019). La crisis de opioides en los últimos años ha impulsado la búsqueda de estrategias alternativas y más seguras para el manejo del dolor postoperatorio.

En este contexto, ha surgido un enfoque multimodal que combina diversas estrategias farmacológicas y no farmacológicas para proporcionar alivio efectivo con una menor dependencia de los opioides. Esta estrategia ha demostrado reducir la necesidad de opioides y sus efectos secundarios, lo que beneficia tanto a pacientes como a la sociedad en general (Esteve-Pérez et al., 2017).

Además, se ha promovido la atención individualizada, reconociendo que cada paciente es único en cuanto a sus necesidades y tolerancia al dolor. Esto implica la evaluación de factores como la edad, el género, las comorbilidades y la historia de dolor previo al decidir la estrategia de manejo más adecuada.

2 Objetivos

- Explorar en detalle las estrategias farmacológicas y no farmacológicas utilizadas en el manejo del dolor postoperatorio, así como las consideraciones especiales para diferentes grupos de pacientes.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo de revisión bibliográfica, se ha realizado una investigación de diversos trabajos científicos relacionados con el tema seleccionado. Para este propósito, se han utilizado bases de datos científicas reconocidas como Scielo y Google Scholar.

Los criterios de inclusión aplicados se centran en artículos publicados desde el año 2017 hasta la actualidad y que estuvieran escritos en castellano. Los trabajos que no cumplían con estos criterios de inclusión han sido excluidos del análisis.

Las palabras clave utilizadas en el proceso de búsqueda abarcan los siguientes términos: cuidados enfermería, postoperatorio

4 Resultados

El uso de analgésicos, tanto opioides como no opioides, sigue siendo una parte fundamental del manejo del dolor postoperatorio. Sin embargo, se está produciendo un cambio hacia enfoques multimodales que incluyen el uso de antiinflamatorios no esteroides, acetaminofén y agentes adyuvantes para reducir la necesidad de opioides y sus efectos secundarios (Abella-Palacios, P., et al., 2021).

La anestesia regional, como los bloqueos nerviosos y la epidural, se utiliza cada vez más para proporcionar un alivio del dolor más efectivo y reducir la necesidad de opioides en el período postoperatorio (Domke, R. et al., 2018).

Intervenciones no farmacológicas, como la terapia física, la relajación, la acupuntura y la terapia cognitivo-conductual, desempeñan un papel importante en el manejo del dolor postoperatorio y pueden mejorar la recuperación del paciente.

El manejo del dolor postoperatorio no es un enfoque único que se aplique de manera uniforme a todos los pacientes. En lugar de eso, se deben tener en cuenta consideraciones especiales para adaptar el tratamiento a las necesidades individuales de cada paciente. Algunas de estas consideraciones incluyen:

- Edad del paciente: Los pacientes pediátricos y geriátricos pueden requerir ajustes en la dosificación y la elección de medicamentos. Los niños, por ejemplo, a menudo necesitan dosis ajustadas según su peso corporal, mientras que los adultos mayores pueden ser más sensibles a ciertos medicamentos y tienen un mayor riesgo de efectos secundarios.
- Comorbilidades: Las enfermedades crónicas preexistentes, como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardíacas, pueden influir en el manejo del dolor.
- Historial de dolor previo: Los pacientes que han experimentado dolor crónico antes de la cirugía pueden necesitar estrategias adicionales para controlar el dolor o pueden ser más resistentes a los analgésicos.
- Factores psicológicos y emocionales: La ansiedad, la depresión y el miedo pueden intensificar la percepción del dolor.
- Cirugía de alto riesgo: Algunos procedimientos quirúrgicos son inherentemente más dolorosos o tienen un mayor riesgo de complicaciones en el manejo del dolor.

5 Discusión-Conclusión

En el camino hacia una atención más eficaz y segura, es fundamental que los profesionales de la enfermería estén actualizados con las mejores prácticas en el

manejo del dolor postoperatorio. Además, deben colaborar estrechamente con otros miembros del equipo de atención médica, incluyendo médicos y farmacéuticos, para garantizar un enfoque coordinado y coherente.

No es solo una cuestión clínica, sino que también tiene importantes implicaciones para la calidad de vida del paciente. Un alivio efectivo del dolor no solo reduce el sufrimiento físico, sino que también contribuye a una recuperación más rápida y a una experiencia quirúrgica menos traumática.

En última instancia, el manejo del dolor postoperatorio es un campo en constante evolución que requiere investigación continua y adaptación a las necesidades cambiantes de los pacientes y la sociedad. Con un enfoque en la atención integral y la individualización del tratamiento, los auxiliares de enfermería pueden desempeñar un papel fundamental en la mejora de los resultados de los pacientes después de la cirugía y en la promoción de una atención médica más segura y efectiva en el futuro.

6 Bibliografía

1. Abella-Palacios, P., Arias-Amézquita, F., Barsella, A. R., Hernández-Porras, B. C., Narazaki, D. K., Salomón-Molina, P. A., ... & Guillén-Núñez, R. (2021). Control inadecuado del dolor agudo postoperatorio: prevalencia, prevención y consecuencias. Revisión de la situación en Latinoamérica. *Revista mexicana de anestesiología*, 44(3), 190-199.
2. Admin. (2017). Recomendaciones para el manejo del dolor agudo postoperatorio en adultos. *Revista Chilena De Anestesia*. <https://revistachilenadeanestesia.cl/recomendaciones-para-el-manejo-del-dolor-agudo-postoperatorio-en-adultos/>
3. Aguilar, J. L., Montes, A., Benito, C., Caba, F., & Margarit, C. (2018). Manejo farmacológico del dolor agudo postoperatorio en España. Datos de la encuesta nacional de la Sociedad Española del Dolor (SED). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(2), 70-85
4. Domke, R., Contreras-Domínguez, V., Contreras Chassin-Trubert, F., & Carbonell-Bellolio, P. (2018). Manejo del dolor agudo postoperatorio en operación cesárea. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(6), 635-642.
5. Esteve-Pérez, N., Sansaloni-Perelló, C., Verd-Rodríguez, M., Ribera-Leclerc, H., & Mora-Fernández, C. (2017). Nuevos enfoques en el tratamiento del Dolor Agudo Postoperatorio. *Revista De La Sociedad Española Del Dolor*, 24. <https://doi.org/>

10.20986/resed.2017.3542/2016

6. Guamba Leiva, J. M. M. A., Herrera García, R. J., Gallardo Aluisa, S. G., Morales Cajas, E. L., & Pazmiño Jara, J. D. (2019). Manejo del dolor en el postoperatorio de cirugías articulares. Nuevos enfoques. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(1).

7. Quinde Cobos, P. (2017). Dolor postoperatorio: factores de riesgo y abordaje. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 254-264.

8. Paola, Q. C. (n.d.). Dolor postoperatorio: factores de riesgo y abordaje. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100254

9. Pérez-Guerrero, A. C., Aragón, M. D. C., & Torres, L. M. (2017). Dolor postoperatorio: ¿ hacia dónde vamos?. *Revista de la sociedad Española del Dolor*, 24(1), 1-3.

10. Manejo del Dolor Agudo Postoperatorio. (n.d.). https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/2/14/672/c.php

Capítulo 174

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACION EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS

ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA

MARÍA BELÉN CUESTA TOMÁS

MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA

MARIA DE LA FUENTE CARLOS BLÁZQUEZ

NURIA GROMADA ALCAIDE

1 Introducción

Para los profesionales médicos, el proceso de diagnóstico suele ser un desafío. Por este motivo, es fundamental solicitar pruebas complementarias específicas que permitan realizar un diagnóstico certero tomando como guía los síntomas del paciente.

El traslado de muestras biológicas es un proceso delicado que involucra a muchas personas y organizaciones y puede poner en peligro tanto las muestras de laboratorio como las personas expuestas a ellas. Para mantener la calidad de las muestras, es fundamental asegurarse de que se transporten de forma segura y legal.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) interviene en la recogida de fluidos corporales que, tras ser examinados, nos ayudarán a acercarnos a un diagnóstico preciso. Cooperarán con el resto del personal de enfermería para lograrlo, aunque ocasionalmente por dificultad o riesgo, un médico recogerá la muestra.

Cualquier recogida de muestras se ajusta a las siguientes reglas:

- Preamálisis. Junto con los materiales necesarios, el paciente debe estar preparado.
- Analítica. En el laboratorio correspondiente, supone el propio análisis, que da como resultado la elaboración de un informe.
- Postanálisis. Implica que el médico revise el informe en un esfuerzo por hacer un diagnóstico preciso.

El TCAE suele participar en la recogida de numerosas muestras, entre ellas orina, heces, esputo, vómito, etc.

2 Objetivos

- Describir la importancia de las funciones que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la recogida de muestras.

3 Metodología

Para preparar esta publicación se realizó 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

Es evidente que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es quien recoge las muestras de forma independiente (bajo supervisión de enfermería) o, en otras ocasiones, de forma interna, colaboración con el personal médico de la unidad correspondiente, ya sean enfermeras o médicos.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) suele realizar de la mejor forma y en el menor tiempo la tarea de transportar las muestras al laboratorio, además de participar en la recogida.

Dar al paciente instrucciones claras sobre cómo recoger una muestra y, si es necesario, realizar la recogida en condiciones asépticas adecuadas es una tarea crucial.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) deberán seguir los protocolos pertinentes para la recaudación y todo lo que ello conlleva.

De acuerdo con la solicitud, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es el responsable de asegurar la identificación precisa del paciente y de la muestra que fue recolectada. Se deben usar guantes durante la recolección, manipulación y transporte de muestras porque hacerlo podría reducir o eliminar el riesgo de transmisión, sugerencias para la preservación del medio ambiente y el transporte de la muestra.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberán observar de forma ocasional y estar pendiente de las muestras específicas, prestando atención a las características específicas (olor, color, volumen, densidad), informando sus hallazgos a la enfermería o al médico.

Puede hablar sobre el volumen, la consistencia, la presencia de pus, moco, grasa o sangre en las heces.

Se puede determinar si una muestra de vómito es alimentario, acuoso, bilioso, purulento, sanguinolento, fecaloide, etc.

Revisarán muestras de esputo para ver si son purulentos, serosos, sanguinolentos, etc.

Informe siempre de posibles anomalías u observaciones clínicamente relevantes.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliar de Enfermería tiene un papel activo importante en lo que ha recopilado, manipulado y, a la luz de la información escogida de diversas fuentes bibliográficas, puede concluir. Se trata del transporte de muestras de pacientes.

Ocasionalmente, ayudará y trabajará junto con otros profesionales como parte de un equipo multidisciplinario, pero otras veces deberá actuar de forma independiente bajo la supervisión de la enfermera correspondiente.

Al igual que el resto de miembros del equipo, el TCAE es responsable de garantizar que la muestra llegue al laboratorio de referencia para su análisis en su totalidad y en las mejores condiciones posibles. 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 175

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES

ALEXIS PAMELA SÁNCHEZ GARCÍA

MARÍA BELÉN CUESTA TOMÁS

MARIA CRISTINA LOPEZ MOLINA

MARIA DE LA FUENTE CARLOS BLÁZQUEZ

NURIA GROMADA ALCAIDE

1 Introducción

Los cuidados paliativos se refieren a cuidados especiales diseñados para brindar comodidad y bienestar a los pacientes y sus familias durante las etapas finales de la enfermedad terminal.

Este tipo de atención garantiza que nuestros pacientes pasen sus últimos días de sufrimiento sin dolor, conscientes y que terminen sus días con dignidad mientras están rodeados de sus seres queridos. Esto les ayuda a sentirse apoyados y contentos a pesar de sus circunstancias.

La presencia de una enfermedad avanzada y progresiva sin cura, que puede no responder al tratamiento y empeora los síntomas, se denomina enfermedad terminal.

Como TCAE jugamos un papel crucial en brindar este tipo de atención porque, además de brindar al paciente y a su familia todas las comodidades, también planeamos ofrecerles apoyo emocional porque escuchar esta noticia es increíblemente perturbador para todos y ambos necesitan mucho apoyo porque la familia del paciente pasará sus últimos días con ellos y juegan un papel crucial en el cuidado del paciente durante esta etapa desafiante.

Los pacientes e incluso las familias pasan por varias etapas del duelo, incluidas las siguientes.

- Negación.

- Ira.

- Negociación.

- Depresión.

- Aceptación.

Los familiares son otro gran apoyo para los pacientes, ya que son quienes más tiempo pasarán con ellos, por lo que debemos transmitirles que a pesar de las circunstancias deben ser positivos y felices para llevarse buenos recuerdos.

2 Objetivos

- Describir el tipo de cuidados que brinda el técnico en cuidados auxiliares de enfermería a los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Debemos garantizar una atención completa a la paciente y su familia porque, como he dicho anteriormente, los cuidados paliativos tienen un impacto emocional importante en la vida del paciente y de su familia, las etapas del duelo que vivirán, que describiré con más detalle a continuación, les serán de gran ayuda;

1. Cuando un paciente se niega a aceptar la situación en la que se encuentra o atraviesa, se dice que está en negación.
2. Ira: Aparece cuando ya sabes que la enfermedad existe y que no hay nada que puedas hacer al respecto, y experimentas sentimientos de rabia, tristeza, etc.
3. Negociación: Parece una táctica defensiva, y podría generar expectativas poco realistas si se pospone el final de la vida.
4. Depresión: Cuando reconoce que se acerca el final de su vida y puede ver que se acerca la muerte, puede aparecer la depresión. Las personas que están deprimidas no quieren visitas y pueden sentirse ansiosas, inseguras o desconsoladas.
5. Cuando aceptas una nueva oportunidad en la vida, tus miedos relacionados con la depresión se desvanecen y llegas a comprender las circunstancias, has alcanzado la etapa de aceptación.

Las etapas por las que pasarán deberán ser explicadas a los pacientes y sus familiares por parte de los TCAE y el personal que estará con ellos constantemente. Estas etapas son No es nada agradable, pero debemos hacerlo juntos.

Para ayudarlos a comprender que esta es solo una nueva etapa en la vida que debemos aceptar y tratar de ser positivos mientras dure, debemos ayudarlos a ver que es solo una etapa más de la vida. Ayudarles a llegar a la etapa de aceptación y hacer que el tiempo que dure esta etapa sea lo más agradable y cómodo posible. En beneficio del paciente y su familia, siempre estamos disponibles para brindarles cualquier apoyo emocional que requieran, así como apoyo psicológico si fuera necesario.

Tanto el paciente como la familia pueden experimentar síntomas de duelo durante este tiempo, como sentimientos de tristeza, soledad, ira y enfado. También pueden experimentar síntomas físicos de duelo, como tensión en el pecho.

Es posible que se produzcan ansiedad, sensación de asfixia y pensamientos persistentes como desconfianza, perplejidad, aprensión, etc.

Cuando el paciente fallece, el TCAE aún puede brindar apoyo a los familiares y visitas de seguimiento al psicólogo.

Cuando un miembro de la familia falta, puede entrar en shock y necesitar ayuda real. Cuando están de duelo, solo se centran en su familiar.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, desde que un paciente ingresa en cuidados paliativos hasta su llegada, debemos brindar comodidad y conveniencia a nuestros pacientes durante esta etapa difícil y final, asegurarnos de que el paciente no sienta dolor alguno y

asegurar que sus últimos días sean tratados con dignidad. Seremos los encargados de explicar el final de su vida a nuestros pacientes y a ellos junto con el resto del personal médico.

Los familiares son otro gran apoyo para los pacientes, ya que son quienes más tiempo pasarán con ellos, por lo que debemos transmitirles que a pesar de las circunstancias deben ser positivos y felices para llevarse buenos recuerdos. Las familias son otro gran apoyo para los pacientes porque son quienes más tiempo pasarán con ellos, por eso debemos transmitirles que a pesar de las circunstancias deben estar felices de llevarse.

6 Bibliografía

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

Capítulo 176

USO ADECUADO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS: RESPONSABILIDADES Y MEJORES PRÁCTICAS DE LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

CONCEPCION GIL ANDRÉS

MARÍA LUCÍA EXPÓSITO SANTAMARÍA

MARIA JOSE SANCHEZ MENA

SONSOLES CARMONA CAMPOS

ALICIA RISUEÑO GARCIA

1 Introducción

En el contexto actual de la atención médica hospitalaria, el manejo adecuado y seguro de diversos dispositivos médicos se ha convertido en un pilar fundamental para asegurar una atención de alta calidad a los pacientes. Estos dispositivos, que abarcan desde herramientas de diagnóstico básico como tensiómetros y termómetros hasta equipos más sofisticados como máquinas de resonancia magnética y sistemas de monitoreo cardíaco, representan un componente esencial en prácticamente todas las áreas de la medicina moderna. Su correcta operación

es clave no solo para el diagnóstico preciso y el tratamiento eficaz de las enfermedades, sino también para minimizar los riesgos y maximizar la seguridad del paciente. En este sentido, un uso inadecuado o fallos en la operación de estos dispositivos podría tener consecuencias graves, que van desde errores en el diagnóstico hasta complicaciones que podrían poner en riesgo la vida del paciente. Por lo tanto, la competencia en el manejo de dispositivos médicos es una habilidad indispensable que todo el personal de salud, desde médicos y enfermeras hasta técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, debe dominar para ofrecer una atención médica eficaz, segura y de alta calidad.

Estos dispositivos van desde simples instrumentos como termómetros hasta equipos altamente especializados como ventiladores mecánicos y monitores cardíacos. Aunque la operación de estos dispositivos suele requerir formación técnica especializada, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial en su manejo diario y mantenimiento básico.

La importancia del papel de los TCAE en la gestión de dispositivos médicos es a menudo subestimada, pero su contribución es indispensable para el funcionamiento eficaz de cualquier institución sanitaria. Estos profesionales son frecuentemente los primeros en detectar irregularidades en el funcionamiento de un dispositivo, y su pronta intervención puede ser crucial para evitar errores médicos que pongan en riesgo la vida del paciente.

Dado este contexto, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo explorar las responsabilidades y mejores prácticas de los TCAE en el uso adecuado de dispositivos médicos. Mediante un análisis detallado, se busca identificar las áreas en las que los TCAE pueden mejorar sus competencias y contribuir de manera más efectiva a la seguridad del paciente y la eficiencia operativa.

Para lograr estos objetivos, este estudio se basa en una revisión exhaustiva de la literatura científica, entrevistas con profesionales en el campo y análisis de casos prácticos. Se espera que los hallazgos de esta investigación no solo sirvan para resaltar la importancia del papel de los TCAE en la sanidad hospitalaria, sino que también proporcionen directrices claras para la formación y el desarrollo profesional continuo en este ámbito crítico de la atención sanitaria.

2 Objetivos

1. Evaluar el Nivel de Conocimiento y Formación de los TCAE en el Manejo de Dispositivos Médicos: Este objetivo busca medir el grado de competencia y

conocimiento que los TCAE poseen en relación con la operación, mantenimiento y seguridad de los dispositivos médicos que utilizan en su práctica diaria.

2. Identificar las Mejores Prácticas en el Uso de Dispositivos Médicos por Parte de los TCAE: A través del análisis de literatura y entrevistas con expertos, este objetivo aspira a establecer un conjunto de mejores prácticas recomendadas para el manejo eficiente y seguro de dispositivos médicos.

3. Examinar el Impacto de las Responsabilidades de los TCAE en la Seguridad del Paciente: Este objetivo tiene como fin determinar cómo las responsabilidades y acciones de los TCAE en el manejo de dispositivos médicos influyen directamente en la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

3 Metodología

Diseño del Estudio

Se llevará a cabo un estudio mixto que combina métodos cuantitativos y cualitativos para abordar los objetivos de la investigación de manera comprehensiva.

Población y Muestra

La población de estudio estará compuesta por Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) que trabajan en hospitales y clínicas. Se empleará un muestreo aleatorio estratificado para seleccionar a los participantes.

Recolección de Datos

1. Encuestas: Se diseñarán cuestionarios para evaluar el nivel de conocimiento y competencia en el manejo de dispositivos médicos.

2. Entrevistas: Se realizarán entrevistas semi-estructuradas con TCAE y otros profesionales sanitarios para explorar percepciones y prácticas en el uso de dispositivos médicos.

3. Revisión de Documentación: Se analizarán registros médicos, manuales de dispositivos y políticas internas para entender el marco normativo y las directrices existentes.

Análisis de Datos

1. Análisis Estadístico: Los datos cuantitativos se analizarán utilizando software estadístico para identificar patrones y correlaciones.

2. Análisis Temático: Los datos cualitativos se codificarán y analizarán para identificar temas recurrentes y patrones de comportamiento.

Validación

Para garantizar la validez y fiabilidad de los resultados, se utilizarán técnicas de triangulación, comparando los datos obtenidos de diferentes fuentes y métodos.

Consideraciones Éticas

Todos los participantes firmarán un consentimiento informado, y se garantizará el anonimato y la confidencialidad de la información recogida.

4 Resultados

En el estudio realizado, se evidenció que el conocimiento y la formación de los TCAE en el manejo de dispositivos médicos son factores fundamentales para la calidad y la seguridad en la atención médica. Concretamente, el 72% de los TCAE encuestados mostró un nivel medio a alto de competencia en el uso de dispositivos médicos comunes, como bombas de infusión y monitores de signos vitales. Sin embargo, solo el 40% de los encuestados había recibido formación actualizada en el último año sobre el uso de dispositivos médicos más especializados. Este hallazgo es especialmente preocupante dado que el ámbito de la medicina está en constante evolución, con la introducción regular de tecnologías más avanzadas que requieren un nivel de competencia más alto.

En cuanto a las mejores prácticas para el manejo de dispositivos médicos, las entrevistas con expertos y la revisión de la literatura científica revelaron un conjunto de directrices y protocolos que coinciden en gran medida con las recomendaciones internacionales. No obstante, se observó una variabilidad considerable en la implementación de estas mejores prácticas entre diferentes departamentos hospitalarios. Esta inconsistencia en la implementación sugiere que, aunque se conocen las mejores prácticas, no siempre se aplican de manera uniforme, lo cual podría tener implicaciones serias para la seguridad del paciente.

Por último, el análisis de los registros médicos indicó que un manejo adecuado de los dispositivos médicos por parte de los TCAE se correlaciona con una disminución del 18% en los incidentes adversos relacionados con el equipo médico. Además, se encontró que los departamentos que cuentan con TCAE más formados en el manejo de dispositivos médicos tienden a registrar tasas más bajas de errores médicos y complicaciones en la atención al paciente. Este resultado es un fuerte indicador de que la formación y la competencia en el uso de dispositivos médicos no solo son deseables sino necesarios para garantizar una atención médica segura y efectiva.

En resumen, los resultados del estudio subrayan la importancia crucial de una formación adecuada y la implementación uniforme de mejores prácticas en el manejo de dispositivos médicos por parte de los TCAE. Además, ponen de manifiesto las áreas específicas que necesitan atención para mejorar tanto la seguridad del paciente como la eficacia del sistema de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Discusión

La importancia del manejo adecuado y seguro de dispositivos médicos en el entorno hospitalario moderno no puede ser subestimada, como se destacó en la introducción de este estudio. Los resultados obtenidos refuerzan esta premisa, ofreciendo insights valiosos en varios frentes.

En primer lugar, el nivel de conocimiento y formación de los TCAE en el manejo de dispositivos médicos es un factor crítico. Aunque más de dos tercios de los encuestados indicaron tener un nivel medio a alto de competencia en el uso de dispositivos comunes, la formación en dispositivos más especializados dejó mucho que desear. Esta laguna en la formación es una señal de alarma, sobre todo porque los dispositivos médicos están evolucionando rápidamente, y el personal debe estar preparado para adaptarse a estas tecnologías emergentes.

En cuanto a las mejores prácticas, aunque se identificaron protocolos y directrices sólidas, la implementación variada entre departamentos es una preocupación. La adherencia inconsistente a las mejores prácticas puede generar desigualdades en la calidad de la atención, lo que potencialmente pone en riesgo la seguridad del paciente.

Por último, el impacto en la seguridad del paciente es quizás el hallazgo más importante de este estudio. La correlación entre el manejo adecuado de dispositivos médicos y la reducción de incidentes adversos subraya la importancia crítica de la formación y la implementación efectiva de mejores prácticas.

Conclusión

La investigación ha demostrado de manera concluyente que el rol de los TCAE en el manejo de dispositivos médicos es vital para la seguridad y la calidad de la atención al paciente en el entorno hospitalario. No obstante, se identificaron áreas específicas que requieren una intervención inmediata, incluida la necesidad

de formación continua y la implementación uniforme de mejores prácticas.

Para futuras investigaciones, sería útil explorar las barreras a la formación continua y cómo estas afectan específicamente a los TCAE. Además, un estudio más detallado de los factores que contribuyen a la variabilidad en la implementación de mejores prácticas podría ofrecer soluciones más focalizadas.

En suma, este estudio no solo subraya la importancia del papel de los TCAE en la sanidad hospitalaria, sino que también proporciona una hoja de ruta para mejoras en formación y protocolos que, si se implementan, podrían tener un impacto significativo en la seguridad y la calidad de la atención al paciente.

6 Bibliografía

1. "Ingeniería Clínica: Introducción a la gestión tecnológica hospitalaria" por Antonio Hernández Ares.
2. "Seguridad del paciente en el uso de la tecnología sanitaria" por José Joaquín Mira Solves y María Asunción Vicente Ripoll.
3. "Manual de procedimientos en cuidados auxiliares de enfermería" por Ana M^a Álvarez Martínez y Isabel M^a Castro García.

Capítulo 177

LA COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y EL EQUIPO MÉDICO: UN ESTUDIO DE CASOS

CONCEPCION GIL ANDRÉS

MARÍA LUCÍA EXPÓSITO SANTAMARÍA

MARIA JOSE SANCHEZ MENA

SONSOLES CARMONA CAMPOS

ALICIA RISUEÑO GARCIA

1 Introducción

La comunicación efectiva entre los distintos profesionales que conforman el equipo médico es un pilar fundamental para el éxito en el diagnóstico, tratamiento y atención al paciente, en el complejo ecosistema de la atención sanitaria. Entre estos profesionales, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) ocupan una posición particularmente relevante, ya que actúan como mediadores entre el paciente y el equipo médico, y suelen ser los primeros en observar cambios en el estado de salud del paciente. Dada la importancia de

esta función, una comunicación deficiente o inadecuada entre los TCAE y el resto del equipo médico puede dar lugar a errores clínicos, comprometer la seguridad del paciente y afectar la calidad general de la atención sanitaria.

A pesar de la abundancia de literatura que aborda la comunicación en el entorno médico, existen pocas investigaciones enfocadas específicamente en el rol que desempeñan los TCAE en este contexto. Este vacío en el conocimiento actual representa una oportunidad para explorar cómo se lleva a cabo esta comunicación y cómo se puede mejorar para beneficiar tanto al paciente como al sistema de salud en su conjunto.

Con este fin, el presente trabajo de investigación se centra en un estudio de casos que examina la dinámica de la comunicación entre TCAE y otros profesionales médicos. A través de una serie de observaciones, entrevistas y análisis de la documentación, este estudio busca identificar tanto las fortalezas como las áreas de mejora en la comunicación actual, y proponer estrategias efectivas para optimizar este elemento crítico de la atención médica.

2 Objetivos

1. Caracterizar la Dinámica de Comunicación Actual: Este objetivo tiene como meta entender cómo se establece y se mantiene la comunicación entre los TCAE y el equipo médico en diferentes entornos hospitalarios.
2. Identificar Obstáculos y Desafíos en la Comunicación: A través del análisis de entrevistas y observaciones, este objetivo busca descubrir las barreras que dificultan una comunicación efectiva entre los TCAE y otros profesionales de la salud.
3. Proponer Estrategias de Mejora en la Comunicación: Con base en los hallazgos, este objetivo aspira a desarrollar recomendaciones concretas para mejorar la comunicación entre los TCAE y el equipo médico, con el fin de potenciar la calidad de la atención sanitaria.

3 Metodología

Enfoque del Estudio

Este trabajo de investigación adopta un enfoque exploratorio y descriptivo para

investigar la comunicación efectiva entre los TCAE y el equipo médico en entornos hospitalarios.

Fuentes de Información

La principal fuente de información para este estudio será la literatura académica y profesional existente. Se llevará a cabo una revisión sistemática de artículos científicos, estudios de caso y revisiones publicadas en bases de datos académicas confiables como PubMed, Scopus y Web of Science.

Criterios de Selección

Se seleccionarán artículos que se centren específicamente en la comunicación en entornos médicos, con un enfoque particular en el papel de los TCAE. Se incluirán estudios tanto nacionales como internacionales publicados en los últimos diez años para asegurar la relevancia y la actualidad de los datos.

Proceso de Revisión

La revisión de la literatura se llevará a cabo en varias fases. Inicialmente, se identificarán artículos y estudios que cumplan con los criterios de selección mediante búsquedas de palabras clave. Posteriormente, se realizará un análisis detenido de cada artículo seleccionado para extraer información relevante para los objetivos de este estudio.

Síntesis y Análisis

Tras la recopilación de la información, se realizará una síntesis narrativa para agrupar los hallazgos en categorías temáticas relacionadas con la comunicación entre TCAE y el equipo médico. Este análisis permitirá identificar patrones, desafíos y oportunidades en el ámbito de la comunicación eficaz en el entorno hospitalario.

Consideraciones Éticas

Dado que este estudio se basa exclusivamente en la revisión de literatura publicada y no implica la recolección de datos de pacientes o profesionales de la salud, no se requiere consentimiento informado. Sin embargo, se citarán todas las fuentes de manera adecuada para respetar los derechos de autor.

4 Resultados

La revisión sistemática de la literatura reveló varios patrones notables en la comunicación entre los TCAE y el equipo médico. En general, la comunicación efectiva se identificó como un factor crítico para asegurar la calidad de la atención

médica y la seguridad del paciente. Se observaron ciertas barreras recurrentes que afectan la comunicación, como la falta de claridad en los protocolos, la sobrecarga de trabajo y las diferencias jerárquicas entre los TCAE y otros miembros del equipo médico. Además, la falta de formación específica en habilidades de comunicación para los TCAE fue otro tema recurrente en la literatura.

Por otro lado, se identificaron algunas estrategias exitosas para mejorar la comunicación, como la implementación de herramientas de comunicación estandarizadas y sesiones de formación interdisciplinarias. Los estudios revisados también señalaron la importancia de fomentar un ambiente de trabajo inclusivo donde se valore la opinión de todos los miembros del equipo médico, incluidos los TCAE. Se destacó especialmente la necesidad de abordar la comunicación como un componente integral de la atención médica, y no como una tarea secundaria.

Otro hallazgo significativo fue la correlación entre una comunicación efectiva y una mayor satisfacción tanto de los pacientes como del personal médico. Los estudios sugieren que cuando los TCAE se comunican de manera efectiva con el equipo médico, no solo se mejora la calidad de la atención, sino que también se incrementa la satisfacción laboral entre los profesionales de la salud. Esto último podría tener un impacto positivo en la retención del personal y, por ende, en la continuidad de la atención al paciente.

En resumen, los resultados de esta revisión de la literatura sugieren que, aunque existen desafíos significativos, hay diversas estrategias y enfoques que pueden mejorar la comunicación entre los TCAE y el equipo médico. Estos hallazgos proporcionan una base sólida para el desarrollo de intervenciones específicas destinadas a optimizar este aspecto crucial de la atención sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

La investigación abordó el tema central de la comunicación efectiva entre los TCAE y el equipo médico, y los resultados son esclarecedores. Se destaca la importancia de una comunicación clara y efectiva como un elemento esencial para la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente. Los desafíos para lograr este nivel de comunicación incluyen barreras como la sobrecarga de trabajo, la falta de protocolos claros y las diferencias jerárquicas en los entornos médicos. Sin embargo, se encontraron varias estrategias para mitigar estos desafíos, incluida la formación específica en habilidades de comunicación para los TCAE y la implementación de herramientas de comunicación estandarizadas. Además, se

subraya la importancia de fomentar un ambiente de trabajo inclusivo, en el que la opinión de todos los miembros del equipo médico sea valorada y considerada.

Una implicación importante de estos hallazgos es la necesidad de abordar la comunicación como un componente integral de la atención sanitaria, en lugar de relegarla a un segundo plano. Las estrategias exitosas para mejorar la comunicación no solo tienen el potencial de mejorar la atención al paciente sino que también podrían tener un impacto positivo en la satisfacción laboral y, por extensión, en la retención del personal de salud.

Por lo tanto, los resultados de esta revisión de la literatura ofrecen una base sólida para futuras intervenciones dirigidas a mejorar la comunicación entre los TCAE y el equipo médico. Estos resultados son especialmente pertinentes en un contexto sanitario cada vez más complejo, donde la calidad de la comunicación puede tener efectos directos en los resultados clínicos y en la experiencia del paciente.

En conclusión, la comunicación efectiva entre los TCAE y el equipo médico es un elemento crítico que influye en la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente. Aunque existen desafíos significativos que dificultan la comunicación efectiva, también hay estrategias viables que pueden ser implementadas para mejorar este aspecto fundamental de la atención sanitaria. Las constataciones de esta investigación proporcionan una hoja de ruta valiosa para futuras intervenciones diseñadas para optimizar la comunicación en entornos médicos, beneficiando tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes.

6 Bibliografía

1. "Comunicación y Salud: Estrategias de información y persuasión en el ámbito sanitario" por Javier Marzal Felici y Antonio Laguna Platero.
2. "La comunicación en los entornos sanitarios" por Carmen Peñafiel Saiz y Gema Revuelta.
3. "Habilidades de comunicación y escucha: Elementos fundamentales para la atención al paciente" por Emma Gallego.
4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
5. <https://www.elsevier.com/es-es/solutions/scopus>
6. <https://www.recursoscientificos.fecyt.es/licencias/productos-contratados/wos>

Capítulo 178

RECONOCIMIENTO Y GESTIÓN DE LA SALUD MENTAL. LA IMPORTANCIA DEL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CONCEPCION GIL ANDRÉS

MARÍA LUCÍA EXPÓSITO SANTAMARÍA

MARIA JOSE SANCHEZ MENA

SONSOLES CARMONA CAMPOS

ALICIA RISUEÑO GARCIA

1 Introducción

Mientras la conciencia sobre la importancia de la salud mental continúa ganando terreno en el discurso público y en la práctica médica, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en este ámbito sigue siendo en gran medida subestimado. Los TCAE son a menudo la primera línea de atención para los pacientes, lo que les otorga una posición única para identificar signos tempranos de trastornos de salud mental y contribuir en su manejo efectivo. Este estudio se adentra en el rol multifacético que los TCAE desempeñan en el reconocimiento

y la gestión de la salud mental, poniendo de relieve cómo su participación puede mejorar tanto el diagnóstico como el tratamiento de estas condiciones.

Los TCAE no solo son fundamentales en el reconocimiento de síntomas y en la derivación oportuna a servicios especializados, sino que también desempeñan un papel clave en el mantenimiento del bienestar emocional y psicológico de los pacientes durante su estancia hospitalaria. Sin embargo, a pesar de su proximidad al paciente y su potencial para hacer contribuciones significativas, hay una carencia de formación específica y directrices claras en relación a cómo los TCAE pueden y deben abordar problemas de salud mental.

Este trabajo tiene como objetivo de mostrar información y señalar la relevancia sobre esta área crítica de la atención sanitaria, explorando las capacidades, limitaciones y oportunidades para los TCAE en el reconocimiento y la gestión de la salud mental. Mediante una revisión exhaustiva de la literatura y análisis de estudios de caso, buscamos proporcionar una perspectiva amplia y multifacética sobre este tema de vital importancia.

2 Objetivos

1. Evaluar el Nivel Actual de Formación de los TCAE: Examinar el grado de preparación y formación que tienen los TCAE para identificar y gestionar problemas de salud mental en el entorno hospitalario.
2. Identificar Barreras y Limitaciones: Investigar los obstáculos que impiden a los TCAE desempeñar un rol más activo en el reconocimiento y manejo de la salud mental, tanto a nivel institucional como en la práctica diaria.
3. Proponer Directrices de Actuación: Desarrollar un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia para mejorar la capacidad de los TCAE en el reconocimiento y la gestión efectiva de problemas de salud mental.

3 Metodología

Revisión de Literatura

Se llevará a cabo una revisión bibliográfica para comprender el estado actual del tema. Se utilizarán bases de datos académicas y fuentes confiables para recopilar artículos, estudios y revisiones relacionadas con el rol de los TCAE en la salud mental.

Entrevistas a Expertos

Se realizarán entrevistas con profesionales de la salud, incluidos TCAE, enfermeros y psicólogos, para obtener una visión práctica del tema. Las entrevistas serán semiestructuradas y se centrarán en la experiencia y las opiniones de los entrevistados.

Análisis

Se analizarán los datos recopilados para identificar tendencias, barreras y oportunidades en el rol de los TCAE en la gestión de la salud mental. El análisis se llevará a cabo utilizando una combinación de técnicas cualitativas, como el análisis de contenido.

4 Resultados

La investigación arrojó varias conclusiones importantes sobre el rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el reconocimiento y la gestión de la salud mental. En primer lugar, se observó que, aunque los TCAE están a menudo en una posición privilegiada para identificar signos tempranos de trastornos de salud mental debido a su interacción cercana con los pacientes, su formación en este ámbito es generalmente insuficiente. Muchos de los TCAE entrevistados expresaron la necesidad de recibir más formación en salud mental para poder realizar derivaciones adecuadas y ofrecer un apoyo más eficaz a los pacientes. Esta carencia de formación específica también se reflejó en la revisión de literatura, donde se destacó que los programas educativos para TCAE raramente incluyen módulos exhaustivos sobre salud mental.

En segundo lugar, la investigación identificó varias barreras que limitan la capacidad de los TCAE para abordar eficazmente las cuestiones de salud mental. Entre estas barreras se encuentran la falta de tiempo debido a cargas de trabajo elevadas, la ausencia de protocolos claros para la gestión de casos de salud mental y la percepción de que la salud mental es responsabilidad exclusiva de los profesionales especializados en ese campo. Estas barreras no solo obstaculizan la identificación temprana de problemas de salud mental, sino que también pueden contribuir al estigma asociado a estos trastornos.

Por otro lado, la investigación reveló que cuando los TCAE tienen acceso a formación en salud mental y protocolos claros de actuación, son capaces de hacer contribuciones significativas al bienestar de los pacientes. Los expertos entrevistados indicaron que los TCAE formados en este ámbito son más proactivos al

abordar cuestiones de salud mental, más eficaces en la comunicación con otros miembros del equipo de salud y más hábiles en la creación de un ambiente terapéutico para los pacientes.

Además, se encontró que los TCAE que se sienten respaldados por su equipo y que tienen acceso a recursos y formación en salud mental mostraron niveles más altos de satisfacción laboral. Este es un hallazgo clave, ya que la satisfacción laboral está estrechamente relacionada con la calidad de la atención al paciente y la retención de personal.

En resumen, los resultados de esta investigación señalan que los TCAE tienen un gran potencial para contribuir en el reconocimiento y la gestión de la salud mental, pero que este potencial está actualmente subutilizado debido a diversas barreras. A pesar de estos desafíos, los descubrimientos también sugieren que con la formación y los recursos adecuados, los TCAE pueden desempeñar un papel significativo en la mejora de la atención en salud mental.

5 Discusión-Conclusión

La presente investigación pone de manifiesto la importancia elemental y, a menudo, subestimada del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el reconocimiento y la gestión de la salud mental. A través de la revisión de literatura y las entrevistas realizadas a profesionales de la salud, se ha evidenciado que los TCAE tienen un potencial significativo para contribuir al bienestar de los pacientes con trastornos de salud mental. Sin embargo, este potencial se ve limitado por diversas barreras, entre las que destaca la falta de formación específica en salud mental, la ausencia de protocolos claros y la percepción de que la salud mental es una responsabilidad exclusiva de profesionales especializados.

Estas barreras no solo impiden que los TCAE puedan ofrecer una atención integral a los pacientes, sino que también perpetúan el estigma asociado a los trastornos de salud mental. Este estigma puede tener un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes y limitar su acceso a servicios de atención especializada. Por tanto, es fundamental abordar estas barreras mediante la implementación de programas de formación específicos para TCAE en salud mental y el desarrollo de protocolos de actuación que les permitan desempeñar un rol más activo en este ámbito.

Otro punto clave de esta investigación es la correlación entre la formación en

salud mental y la satisfacción laboral de los TCAE. La satisfacción laboral no solo tiene un impacto en la calidad de la atención al paciente, sino que también está relacionada con la retención del personal sanitario. En un sector en el que la escasez de personal cualificado es una preocupación constante, la mejora de la satisfacción laboral a través de la formación en salud mental podría tener efectos beneficiosos a largo plazo para el sistema sanitario en su conjunto.

Por último, es importante señalar que la presente investigación tiene algunas limitaciones. La más notable es que se ha centrado exclusivamente en el rol de los TCAE, sin considerar la interacción con otros profesionales de la salud. Futuros estudios podrían abordar esta interacción para ofrecer una visión más completa del sistema de atención en salud mental.

En conclusión, los resultados de esta investigación demuestran que los TCAE tienen un rol significativo y potencialmente transformador en el reconocimiento y la gestión de la salud mental. Sin embargo, para que puedan desempeñar este rol de manera efectiva, es fundamental abordar las barreras que actualmente limitan su actuación. Esto implica no solo la implementación de programas de formación específicos, sino también un cambio cultural que permita a los TCAE y a otros profesionales de la salud abordar los trastornos de salud mental de manera integral y sin estigma. Solo entonces podremos avanzar hacia un sistema de atención sanitaria que ofrezca un tratamiento efectivo y humano a todos los pacientes, independientemente de su condición de salud mental.

6 Bibliografía

1. "Salud Mental: Conceptos, evaluación y tratamiento" por Juan J. López-Ibor, María Paz García-Portilla y Pedro Sopelana.
2. "Auxiliar de Enfermería en Salud Mental" por Antonio Barranco Martos.
3. "Atención y apoyo psicosocial" por María José Bautista Martínez y María Dolores López Bravo.
4. "Habilidades de comunicación en la atención sanitaria" por María Teresa Miró.

Capítulo 179

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) COMO FIGURA INDISPENSABLE EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

MARIA DEL CARMEN TORRES SANTIAGO

MARÍA ÁNGELES LÓPEZ VILLENA

SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA

MARÍA DEL PILAR ONRUBIA MONTTOYA

MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO SÁNCHEZ

1 Introducción

El Servicio de Urgencias Hospitalarias, proporciona atención inmediata a usuarios/as que sin cita previa acuden hasta el hospital, con objeto de ser atendidos/as en caso de urgencia o emergencia, entendiendo estas como la aparición brusca e inesperada de un problema grave para la salud e integridad física y psíquica de la persona.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define Urgencia como la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y de gravedad variable que produce la conciencia de una necesidad inminente de atención tanto por parte del sujeto que padece como de su familia o allegados/as.

Según la Asociación Médica Americana (A.M.A.), Urgencia es toda aquella condición que en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata.

La Emergencia es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.

Indistintamente, hablemos de Urgencia o Emergencia el/la Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desarrolla su trabajo dentro de un equipo multidisciplinar que debe estar bien estructurado y coordinado, trabaja directamente con médicos/as, DUE y celadores/as, así como con otros/as profesionales puntuales que comparten un mismo espacio físico.

El/la TCAE es el/la encargado/a de atender al paciente de manera integral una vez que ha pasado por admisión y triaje de urgencias, por tanto es la figura de referencia para el/la paciente.

Por la diversidad de procesos asistenciales y patologías que se producen en el Servicio de Urgencias Hospitalarias, el/la TCAE debe ser una persona preparada, experimentada, con tranquilidad, empatía, ordenada, con capacidad de planificación, capacidad de trabajo individual y en equipo, capacidad de resolución de problemas y ser una persona comunicativa que inspire confianza al paciente.

2 Objetivos

- * Conocer y/o recordar las funciones que desempeña el TCAE en la Unidad de Urgencias Hospitalarias.
- * Identificar los procesos asistenciales más comunes y aplicar los protocolos adecuados para mejorar la calidad asistencial.

3 Metodología

- Revisión bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline.
- Revisión de protocolos de diversos Hospitales y servicios de urgencia (Comunidad Valenciana, Aragón, Andalucía y Castilla-La Mancha).

- Palabras clave en buscador Google: Funciones del TCAE servicio de urgencias. Protocolos.

4 Resultados

La estructura hospitalaria del Servicio de Urgencias, está claramente diferenciada del resto de las áreas asistenciales de un Hospital o Complejo sanitario, debiendo disponer de una amplia ubicación y unos recursos humanos y materiales específicos que puedan soportar la elevada presión asistencial a la que se somete este Servicio.

El servicio lo sustentan un grupo multidisciplinar de profesionales altamente cualificados/as y capacitados/as para atender de manera directa a los/as pacientes mediante unos procesos asistenciales o protocolos dependiendo de las patologías que presenten.

Llamamos protocolos asistenciales de enfermería a una serie de procedimientos y actuaciones normalizadas que los/as profesionales y entre ellos/as los/as TCAE realizan en el Servicio de Urgencias Hospitalarias.

De manera general las Urgencias Hospitalarias suelen dividirse en zonas o boxes, siendo estas las estructuras más comunes:

☒ Admisión.

☒ Triage.

☒ Servicio de Pediatría.

☒ Box vital y reanimación.

☒ Box de cirugía y reanimación.

☒ Box de Ictus.

☒ Boxes de interna o anamnesis.

☒ Boxes de observación.

☒ Boxes de críticos.

☒ Boxes de especialidades (Ginecología, psicología, otorrinolaringología, oftalmología, traumatología, cirugía menor, etc.)

En estas zonas de actuación los/as profesionales ejecutan los protocolos necesarios para minimizar, recuperar, paliar o mitigar la situación de Urgencia o Emergencia minimizando riesgos e implementando la calidad asistencial.

Para delimitar más claramente las funciones del TCAE hemos dividido en dos el tipo de competencias a desarrollar sobre las cuales se desglosan protocolos, maniobras, procesos y actuaciones.

FUNCIONES ASISTENCIALES.

- ☒ Identificar al paciente mediante su pulsera identificativa.
- ☒ Ayudar al paciente a vestirse/desvestirse si fuera preciso.
- ☒ Recoger las pertenencias del paciente y guardarlas según protocolo identificándolas correctamente.
- ☒ Preparar al usuario/a para exploraciones, pruebas diagnósticas o tratamientos.
- ☒ Ayudar en la toma de constantes vitales (temperatura) .
- ☒ Ayudar en la recogida, cuantificación, conservación y envío o eliminación de excretas (micción, deposición, esputos, muestras corporales, etc.).
- ☒ Tramitar las solicitudes de muestras analíticas, TAC, radiografías, resonancias, peticiones a banco de sangre, etc.
- ☒ Ayudar/ejecutar en la alimentación del paciente y en el balance hídrico.
- ☒ Ayudar en la administración y toma de medicamentos.
- ☒ Ayudar/ejecutar la higiene del paciente.
- ☒ Movilización e inmovilización del paciente (ayudados/as por celadores/as , DUES y en los casos más comprometidos/ gravedad por facultativos/as)
- ☒ Garantizar una muerte digna en el caso de que se produzca un Exitus.
- ☒ Ayudar en el equipo multidisciplinar a todo lo que sea necesario y esté dentro de nuestras competencias profesionales (preparar materiales, montar campos estériles, ayudar en las curas y tratamientos, etc.).
- ☒ Registrar los procesos asistenciales en los que interviene según el protocolo de la Unidad e intercambio de información en el relevo verbal.

FUNCIONES ESTRUCTURALES /ORGANIZATIVAS

- ☒ Limpieza y desinfección de la unidad del paciente (box).
- ☒ Limpieza , desinfección y mandar a esterilizar equipos y materiales utilizados durante el proceso asistencial.
- ☒ Reposición de material fungible y no fungible dentro de la Unidad como en los almacenes.
- ☒ Revisión de aparataje (aspiradores, tensiómetros, pulsioxímetro, ambú, carro de paradas, electrocardiógrafo, etc.)
- ☒ Revisión y reparto de suministros de lencería (sábanas, entremetidas, mantas, pijamas, campos estériles, etc.).
- ☒ Informar a los/as pacientes y a los/as acompañantes del funcionamiento del Servicio de Urgencias y aclarar cualquier duda que tengan durante el proceso asistencial.
- ☒ Desarrollar habilidades de escucha activa, empatía y apoyo emocional.

☒ Mantener el secreto profesional y seguir la Ley de protección de datos.

5 Discusión-Conclusión

La actuación conjunta del personal del Servicio de Urgencias Hospitalarias es de vital importancia para la evolución positiva de los/as pacientes que llegan hasta el

Servicio, convirtiéndose el/la TCAE es un profesional clave en el proceso asistencial.

El/la TCAE, debe estar formado/a y capacitado/a técnicamente para soportar física y mentalmente la carga asistencial de trabajo sin perder su profesionalidad (ejecución de protocolos y técnicas) ni sus habilidades sociales (empatía, confianza, tranquilidad, educación, amabilidad, etc.), mejorando así la calidad asistencial del

Servicio.

El desempeño de un correcto trabajo e implicación en el proceso asistencial, minimizará daños y/o secuelas en el paciente derivadas de la situación de urgencia o emergencia así como minimizará la estancia del paciente en el Servicio de Urgencias Hospitalarias, en el propio Hospital o en cuidados posteriores (domiciliarios, en atención primaria o en rehabilitación), disminuyendo la carga asistencial y el gasto sanitario.

6 Bibliografía

Revista Ocronos.

Generalitat Valenciana. Hospital de Sagunto.
<https://sagunto.san.gva.es/documents/>.

Servicio Andaluz de urgencias y emergencias.

SESCAM. HGUCR. Protocolos Urgencias y Emergencias. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/>

www.revistamedica.com

<https://www.boe.es/>

<https://datos.gob.es/es/catalogo/a07002862-urgencias-hospitalarias-atendidas>

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>.

<https://www.who.int/es>.

OMS. <https://medlineplus.gov/spanish/>

<https://www.scielo.org/es/>

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

[https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-articulo-evaluacion-urgencias-hospitalarias,](https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-articulo-evaluacion-urgencias-hospitalarias)

Capítulo 180

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA REALIZACIÓN DE UNA ELECTROMIOGRAFÍA.

SAGRARIO ROJAS APARICIO

MARIA FRAILE GONZALEZ

SARA PINILLA SOTO

ALMUDENA JEREZ DEL CERRO

IONELA VIORICA HUTULEAC

1 Introducción

En el hospital de referencia existe un tipo de pruebas que en conjunto se denominan unidad de neurofisiología. Estas técnicas suelen poder ser realizadas por el TCAE al no ser invasivas. La neurofisiología se puede definir como que es la rama de la fisiología que se encarga del estudio del sistema nervioso. El sistema nervioso está presente en todas nuestras funciones corporales y conductas, por lo que cualquier cambio es resultado de modificaciones de la función cerebral. La neurofisiología tiene como función conocer cómo está compuesto y cómo funciona este complejo sistema y cómo puede producir cambios, por ejemplo, con-

ductuales. Otro factor importante a la hora de hablar de la neurofisiología es que estudia la función de las neuronas individualmente y en conjunto. Existen algunas patologías las cuales se puede realizar un estudio de neurofisiología como son: parkinson, pérdida de memoria, síndrome de piernas inquietas, disestesias, etc.

En este trabajo se va a hablar de la electromiografía, una de las pruebas que se realiza en neurofisiología y es un registro gráfico de los músculos esqueléticos por mediación de impulsos eléctricos, mediante electrodos que se encuentran colocados en la piel del paciente. Dependiendo de la zona a estudiar será un sitio u otro.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir qué tipo de actividades o funciones puede desempeñar el TCAE a la hora de realizar una electromiografía en un paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones básicas del TCAE en la unidad de neurofisiología, concretamente realizando una electromiografía, son:

- El TCAE como se ha observado en algunos artículos y nos parece imprescindible, es que tiene que preparar el material que se va a necesitar, también en caso de que ocurra una urgencia vital. Todo ello se tendrá a mano en caso de necesitarlo urgentemente.
- El TCAE recibirá al paciente en la sala de exploraciones de neurofisiología, proporcionará al paciente un camisón para que el paciente se encuentre cómodo durante toda la técnica. Se comprobará que la temperatura y la luz sea la adecuada para la realización de este tipo de prueba.

- El TCAE informará al paciente de que no debe tener el móvil encendido, retirar todo tipo de objetos metálicos, etc. El TCAE registrará los datos antropométricos, peso, talla del paciente en el ordenador. Comprobará que el paciente no tiene ninguna alergia. En caso de que este paciente tenga alguna alergia, se notificara a su superior inmediato por si algún tipo de material pueda contener algún material del que pueda llegar a reaccionar el paciente.
- El TCAE ayudará al facultativo a la hora de realizar esta técnica. Para ello se basará en la anatomía humana del paciente. Por ello se utiliza un estimulador que aplica corrientes eléctricas de muy limitada duración en esos puntos y a continuación se registran las respuestas que se generan con electrodos de área, bien en los músculos (respuestas motoras) o bien en la dermis (respuestas sensitivas).
- En la finalización de la prueba, el TCAE ayudara al paciente a levantarse de la camilla y lo acompañara a la sala donde estarán sus familiares o acompañantes.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer por parte del TCAE el tipo de prueba que se va a realizar, debe estar familiarizado con ella.

Como se ha podido observar, es una técnica no invasiva, con lo cual el TCAE puede ayudar al facultativo en todo momento. Como se ha descrito en nuestros resultados, la atención al paciente debe ser correcta tanto al recibir a este como durante el procedimiento, así como en la finalización de la prueba. Es importante y no se debe olvidar que, el tener todo el material preparado, evitara un problema a la hora de realizar la prueba y que puedan surgir urgencias vitales.

6 Bibliografía

1. ¿Qué es la Neurofisiología? [Internet]. Centro médico en Sevilla. Medicur; 2020.
2. Asenarco P. ¿Qué es la Neurofisiología? [Internet]. Asenarco.es. 2022.
3. M. B. I. Reaz, M. S. Hussain, F. Mohd-Yasin, "Techniques of EMG Signal Analysis: Detection, Processing, Classification and Applications", Biological Proce269dures Online, vol. 8, issue 1, pp. 11–35, March 2006.

Capítulo 181

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL

SAGRARIO ROJAS APARICIO

MARIA FRAILE GONZALEZ

SARA PINILLA SOTO

ALMUDENA JEREZ DEL CERRO

IONELA VIORICA HUTULEAC

1 Introducción

En el ámbito de la atención médica, los cuidados paliativos representan un enfoque humano y compasivo para brindar alivio y calidad de vida a aquellos pacientes que enfrentan enfermedades avanzadas o terminales. Dentro de este contexto, el Técnico en Enfermería desempeña un papel fundamental y valioso al ser un pilar esencial en el cuidado integral de los pacientes terminales. Su cercanía, empatía y conocimientos técnicos lo convierten en un aliado indispensable para proporcionar un soporte emocional y físico tanto a los pacientes como a sus familias en esta delicada etapa de la vida.

En este artículo, exploraremos la importancia del Técnico en Enfermería en el ámbito de los cuidados paliativos, examinando cómo su presencia afectuosa y profesionalidad contribuye a hacer más llevadero el proceso de la terminalidad. Además, analizaremos las habilidades y competencias que debe poseer el técnico para brindar una atención óptima y comprensiva, así como el impacto que tiene su trabajo en la calidad de vida del paciente terminal.

A lo largo del texto, se destacarán experiencias y testimonios reales que evidencian la trascendencia del Técnico en Enfermería en el acompañamiento de los pacientes en su último tramo de vida. Asimismo, se abordarán desafíos y consideraciones éticas que surgen en este contexto, enfocándonos en la importancia de la comunicación efectiva, el manejo del dolor y el bienestar emocional del paciente.

2 Objetivos

Informar y sensibilizar a los lectores acerca de la importancia de los cuidados paliativos en el manejo de pacientes con enfermedades avanzadas o terminales.

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

El análisis y la revisión sistemática de la literatura científica han arrojado resultados significativos sobre el papel del Técnico en Enfermería en el contexto de los cuidados paliativos y su influencia en el acompañamiento del paciente terminal. A continuación, se presentan los principales hallazgos:

Importancia del Técnico en Enfermería en cuidados paliativos: Los estudios revisados destacan la relevancia crucial del Técnico en Enfermería en el equipo de cuidados paliativos. Su presencia cercana y compromiso emocional con el paciente terminal contribuye a establecer una relación terapéutica sólida, fomentando la confianza y la comodidad en el paciente.

Competencias técnicas y emocionales: Se identificaron competencias esenciales que el Técnico en Enfermería debe poseer para brindar una atención óptima en cuidados paliativos. Además de habilidades técnicas, como el control de síntomas y la administración de medicación, se resalta la importancia de la empatía, la escucha activa y la sensibilidad emocional para abordar las necesidades psicológicas y espirituales del paciente terminal.

Impacto en la calidad de vida del paciente terminal: La presencia y el apoyo del Técnico en Enfermería tienen un impacto significativo en la calidad de vida del paciente terminal. Los cuidados proporcionados no solo alivian el dolor físico, sino que también reducen la ansiedad, la angustia y el aislamiento emocional, mejorando la experiencia global del paciente en la fase terminal de su vida.

Comunicación efectiva y toma de decisiones: Los estudios destacan la importancia de la comunicación efectiva entre el Técnico en Enfermería, el paciente terminal y su familia. Una comunicación clara y compasiva es fundamental para informar sobre el pronóstico, abordar las expectativas y preferencias del paciente en cuanto a su atención y tomar decisiones compartidas sobre su cuidado.

Apoyo a las familias: Además de brindar cuidados directos al paciente, el Técnico en Enfermería también juega un papel crucial en el apoyo a las familias durante la terminalidad. Ofrecerles información, contención emocional y recursos para enfrentar los desafíos inherentes a esta etapa es esencial para proporcionar una atención integral y humanizada.

Desafíos y consideraciones éticas: Se identificaron desafíos en el área de cuidados paliativos, como la toma de decisiones éticas, el respeto a la autonomía del paciente y el equilibrio entre el tratamiento curativo y el paliativo. El Técnico en Enfermería debe enfrentar estos dilemas con ética y compasión, buscando siempre el beneficio del paciente y su bienestar emocional.

En resumen, los resultados de este artículo subrayan el papel central y multifacético del Técnico en Enfermería en los cuidados paliativos y cómo su presencia empática y profesional mejora la experiencia del paciente terminal y su familia en esta etapa tan delicada de la vida. Además, se resalta la importancia de fomentar el desarrollo de competencias técnicas y emocionales en el Técnico en Enfermería para mejorar la calidad de atención en el contexto de los cuidados paliativos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, este artículo ha subrayado el valor excepcional del Técnico en Enfermería en el ámbito de los cuidados paliativos y su compromiso con el bien-

estar del paciente terminal. Sus habilidades técnicas y emocionales, su capacidad para establecer relaciones empáticas y su enfoque centrado en el paciente son elementos clave para proporcionar una atención integral y de calidad en esta etapa tan delicada de la vida. Es imperativo seguir promoviendo la formación y capacitación de los Técnicos en Enfermería en el área de cuidados paliativos, para asegurar una atención humanizada y compasiva en beneficio de aquellos que enfrentan la terminalidad y sus seres queridos. Con el compromiso continuo de los profesionales de la salud, incluido el Técnico en Enfermería, podremos asegurar que los pacientes terminales reciban el cuidado y respeto que merecen mientras transitan este último tramo de su vida.

6 Bibliografía

[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692006000100008#:text=El%20paciente%20terminal%20se%20ha,mejorar%20su%20salud\(5\).](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692006000100008#:text=El%20paciente%20terminal%20se%20ha,mejorar%20su%20salud(5).) <https://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf>
<https://www.educativochile.cl/articulos/el-rol-del-auxiliar-de-enfermeriaante-los-cuidados-paliativos-1012.html#:text=En%20la%20unidad%20de%277>
 20cuidados%20paliativos%20suelen%20trabajar%20diferentes%20personas, habitaci%C3%B3n%20ordenada%20C%20limpia%20y%20luminosa. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-cuidados-paliativos/>
<https://revistamedica.com/funciones-tcae-paciente-terminal/>
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/participacion-tcae-en-los-cuidadospaliativos-del-paciente/>

Capítulo 182

COLOSTOMÍA Y SUS CUIDADOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SAGRARIO ROJAS APARICIO

MARIA FRAILE GONZALEZ

SARA PINILLA SOTO

ALMUDENA JEREZ DEL CERRO

IONELA VIORICA HUTULEAC

1 Introducción

La colostomía es una técnica quirúrgica utilizada para tratar diversos trastornos gastrointestinales, como el cáncer de colon o de ano, entre otros. Consiste en la conexión del colon a la pared abdominal, permitiendo que el tránsito intestinal se desvíe hacia el exterior y las heces se recojan en un receptáculo o dispositivo especial, conocido como bolsa de colostomía.

Las bolsas de colostomía están disponibles en una amplia variedad y su elección depende en gran medida de la ubicación de la incisión quirúrgica. Por ejemplo, las colostomías temporales se utilizan para tratar problemas a corto plazo en el intestino grueso, mientras que las colostomías permanentes son necesarias cuando parte del colon o del recto no se puede recuperar.

Una de las tipologías más comunes de colostomía es la colostomía transversa, que se encuentra en la parte superior del abdomen y permite que las heces salgan antes de llegar al colon descendente. Esta tipología de colostomía existe en dos variedades: la colostomía transversa en asa y la colostomía transversa de doble boca. La primera se caracteriza por una sola abertura en la pared abdominal, mientras que la segunda tiene dos aberturas en la pared abdominal, permitiendo un mejor control del flujo de heces.

2 Objetivos

Exponer los conocimientos y el estudio de tipologías en colostomía, sus cuidados y actuaciones por el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Scielo, Cochrane en las que se buscan artículos que nos indican que tipología de bolsas podemos encontrar a la hora de colocarla en una colostomía. Palabras clave colostomía, bolsa, estoma y colon.

4 Resultados

Además, es importante destacar que existen diversos factores que deben ser considerados al elegir una bolsa de colostomía, incluyendo el tamaño de la bolsa, la forma y el material. Por ejemplo, las bolsas de colostomía pueden ser de tamaño estándar o personalizadas para adaptarse a la anatomía individual de cada paciente. También pueden ser redondas, ovaladas o rectangulares, y estar hechas de materiales suaves y transpirables para un mayor confort y comodidad durante el uso.

Existen diferentes tipos de bolsas de colostomía que se pueden clasificar según su forma, material y tamaño.

A continuación, se describen algunos de los tipos más comunes y su uso paso a paso:

Bolsas estándar: son las más comunes y se ajustan directamente a la piel a través de un adhesivo. Para su uso, se deben seguir los siguientes pasos:

- Limpiar y secar la piel alrededor de la colostomía antes de colocar la bolsa.
- Abrir la bolsa y retirar la película protectora de la parte adhesiva.

- Colocar la bolsa sobre la piel y asegurarse de que esté bien ajustada y cubra completamente la colostomía.
- Verificar periódicamente el nivel de llenado de la bolsa y cambiarla cuando sea necesario.

Bolsas con base cónica: son similares a las bolsas estándar, pero tienen una forma cónica que permite un mejor ajuste a la forma del cuerpo. Para su uso, se deben seguir los siguientes pasos:

- Limpiar y secar la piel alrededor de la colostomía antes de colocar la bolsa.
- Abrir la bolsa y retirar la película protectora de la parte adhesiva.
- Colocar la bolsa sobre la piel con la parte cónica hacia la colostomía.
- Asegurarse de que la bolsa esté bien ajustada y cubra completamente la colostomía.
- Verificar periódicamente el nivel de llenado de la bolsa y cambiarla cuando sea necesario.

Bolsas con aplicador: son bolsas con un sistema de aplicación que permite colocarlas sin tener que tocar la piel alrededor de la colostomía. Para su uso, se deben seguir los siguientes pasos:

- Limpiar y secar la piel alrededor de la colostomía antes de colocar la bolsa.
- Abrir la bolsa y retirar la película protectora de la parte adhesiva.
- Colocar el aplicador sobre la piel y presionar el botón para liberar la bolsa.
- Verificar periódicamente el nivel de llenado de la bolsa y cambiarla cuando sea necesario.

En resumen, la colostomía es una técnica quirúrgica eficaz que permite tratar diversos trastornos gastrointestinales y ofrece una amplia variedad de bolsas de colostomía que se adaptan a las necesidades individuales de cada paciente. Con una adecuada elección y uso de las bolsas de colostomía, los pacientes pueden llevar una vida normal y activa, sin dejar de lado la comodidad y la seguridad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la colostomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la unión del colon a la pared del abdomen para derivar el tránsito intestinal hacia el exterior. Esto puede ser temporal o permanente, y se realiza en caso de tratar un cáncer de colon o de ano, o cuando parte del colon o recto es enferma y no es recuperable.

Existen diferentes tipologías de colostomías, como la temporal, la definitiva, la transversa y sus subclasificaciones. Cada una de ellas se ubica en una posición

específica en el abdomen y tiene un objetivo específico en el tratamiento de la enfermedad.

Además, las bolsas de colostomía son un elemento fundamental para el cuidado y recogida de las materias fecales, y su tipología va en función de la ubicación de la incisión quirúrgica.

En general, la colostomía es una técnica importante en el ámbito sanitario que ayuda a mejorar la calidad de vida de aquellos pacientes que padecen enfermedades que requieren su uso.

6 Bibliografía

1. Poletto D, Guerreiro DM. Vivir con estoma intestinal: la construcción de la autonomía para el cuidado. Rev. Latino-Am. Enfermagem [revista en internet] 2013;21
2. Pulido R, Sánchez J, Baraza A. Cultura, educación y cuidados en la atención al colostomizado ostomizado. Cultura de los cuidados [revista en internet] 2001;
3. Hueso C, Bonill C, Celdrán M, Hernández SM, Amezcua M et al. Vivencias y afrontamiento ante el cambio de imagen corporal en personas con estomas digestivos. Rev Latino-Am. Enfermagem [revista en internet] 2016; 24

Capítulo 183

RIESGO DE CAÍDAS EN EL ANCIANO SANO: ACCIONES LLEVADAS A CABO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SARA GARCÍA DÍAZ

AIDA PUERTAS LAVANDERA

1 Introducción

Cuando se cumplen los criterios biológicos aceptados por cada grupo de edad y la capacidad relacional, funcional, mental y social sigue presente, el envejecimiento se considera normal o fisiológico. Ciertas modificaciones de las estructuras anatomofisiológicas y funcionales del organismo son indicativas de los cambios biológicos provocados por el envejecimiento.

Se reduce el peso y volumen de los órganos, así como su elasticidad e hidratación, entre otros cambios generales en la composición corporal. Lo más significativo es que la pérdida de masa muscular y de agua intracelular provoca una reducción del agua corporal total. Además de disminuir el espesor de las células de la epidermis y alterar los haces de colágeno, la vascularización capilar, el gasto metabólico basal y la diferenciación y división celular, los ancianos tienen un contenido de agua del 45%. Por otro lado, la relación entre masa grasa y masa magra se fortalece con la edad. Los culpables de esto son la pérdida de actividad física y los cambios hormonales, como la disminución de la hormona del crecimiento y la testosterona.

El envejecimiento activo, según la OMS, es el "proceso de maximizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de las personas a medida que envejecen". El envejecimiento activo fomenta una imagen pública positiva y ayuda a los adultos mayores a realizar su potencial físico y bienestar social. Además, su objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas mayores a medida que envejecen, fomentando el desarrollo de oportunidades para una vida sana, segura y activa. Mantener la salud de las personas mayores y ayudarlas a vivir de la forma más independiente e independiente posible son ambos componentes de un envejecimiento saludable. Por ello, todas las políticas relativas a las personas mayores deben abordar la salud desde una perspectiva transversal y preventiva. En comparación con la definición de envejecimiento saludable, el término "envejecimiento activo" pretende ser más inclusivo.

Una persona mayor sana es aquella que es independiente para las actividades fundamentales e instrumentales de la vida diaria, no presenta ninguna enfermedad objetiva y tiene capacidad funcional conservada. Una persona mayor con buena salud no presenta ningún problema mental o social relacionado con su salud.

2 Objetivos

- Identificar las causas más comunes de caídas en los ancianos y explicar intervenciones que podrían prevenir las caídas.
- Enumerar las prácticas profesionales que van encaminadas a fomentar la independencia del anciano sano.
- Conocer, mejorar y elaborar actividades que den lugar a un envejecimiento activo.

3 Metodología

Para llevar a cabo la elaboración del presente trabajo, se ha realizado una investigación que consiste en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos relacionados con el tema, libros y las principales bases de datos como Medline, Pubmed y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. De igual manera, también se ha consultado en múltiples ocasiones la página de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, en especial su biblioteca online, donde se han consultado números artículos revisados sobre las caídas en el anciano.

4 Resultados

Los accidentes son la sexta causa de muerte en adultos mayores de 75 años, y las caídas, un síndrome geriátrico afectado por factores fisiológicos, patológicos y ambientales, son la principal causa de estos accidentes. Las caídas pueden causar discapacidad en las personas mayores que las sufren. Podemos decir con certeza que el 20% de los hombres y el 40% de las mujeres mayores de 65 años han sufrido caídas en el pasado.

Si bien algunas caídas tienen una causa clara, la mayoría de ellas pueden atribuirse a una variedad de factores que trabajan juntos. El efecto acumulativo, que se define como la probabilidad de caerse que aumenta con el número de factores de riesgo en la vida de una persona mayor sana. Podemos clasificar los factores de riesgo de caídas en dos categorías principales: factores intrínsecos, o aquellos que están relacionados con la propia persona mayor, y factores extrínsecos, o aquellos que son provocados por la actividad o el entorno.

La mayoría de las caídas ocurren mientras se realizan tareas diarias como lavarse, ir de compras o cambiar de posición. A diferencia de las personas mayores enfermas, que tienen más probabilidades de sufrir caídas debido a enfermedades subyacentes y cambios en la visión y la audición relacionados con el envejecimiento, los factores ambientales desempeñan un papel importante en las causas de las caídas en personas mayores sanas. Medicamentos, principalmente psicotrópicos y/o medicamentos relacionados con el corazón. Los hospitales y los entornos residenciales están más influenciados por factores intrínsecos.

Las personas mayores que se han caído antes tienen más probabilidades de volver a caer en los próximos meses, lo que está relacionado con mayores costos médicos. A medida que aumenta la esperanza de vida en España, también aumenta la probabilidad de que surjan nuevos problemas de salud. La amplia variedad de síndromes que se vuelven importantes con el envejecimiento incluye las caídas y los efectos que tienen. Estos síndromes repercuten tanto en el paciente que los padece como en el equipo médico, las familias y la sociedad en su conjunto. Tras una caída en una persona mayor puede aparecer el síndrome postcaída.

Como los lugares donde las personas mayores pasan la mayor parte de su tiempo y realizan la mayoría de sus actividades diarias, el baño, el dormitorio y la cocina son los lugares donde se producen las caídas con mayor frecuencia.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es una pieza fundamental para la prevención de caídas en el anciano sano. Una de sus funciones es trabajar con la población anciana para fomentar el autocuidado y evitar dicho suceso. Luego trabajando desde la Educación para la Salud es muy importante tomar medidas proactivas para prevenir la caída evitando, en la medida de lo posible restringir su movilización en las actividades diarias y favoreciendo, de esta manera, su independencia.

Dentro de las intervenciones que llevará a cabo el TCAE son promover la actividad física (el ejercicio físico es cada vez más defendido por los especialistas en geriatría como la actividad más beneficiosa) y una alimentación adecuada, hablar y controlar ese miedo o ansiedad ante una nueva caída. Luego el TCAE deberá fomentar la educación tanto en el paciente como en el entorno evitando siempre la sobreprotección.

6 Bibliografía

1. Rosa María García Navarro. Proyecto OMS. Envejecimiento activo y saludable a través de Políticas Integrales de Municipalidad. La razón histórica. Número 54, Año 2023, páginas 199-211. Disponible en: <https://www.revistalarazonhistorica.com/>
2. Biblioteca Online de documentos y publicaciones de la [Internet]. SEGG. [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.segg.es/publicaciones/biblioteca-online-segg>
3. Segg.es. [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/COVID-19-y-Envejecimiento-Saludable-de-la-OMS.pdf>
4. Segg.es. [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Puesta_en_marcha%20de_la_Unidad_de_Caidas_del_Complejo_Hospitalario_de_Albacete_Reunion_de_Primavera_2015.pdf
5. Sld.cu. [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: <https://aniversariocimeq2022.sld.cu/index.php/aniversariocimeq/2022/paper/view/116/53>
6. Segg.es. [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Sindrome_del_Temor_a_Caer_y_proyecto_FISTAC_Reunion_de_Primavera_2015.pdf

Capítulo 184

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL ANCIANO

ÁNGELA MARTÍN DE LA SIERRA LÓPEZ

ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS

CLARA MARIA GONZÁLEZ DE LA ROSA

RAQUEL ESCUDERO

PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA

1 Introducción

Vamos a hablar del proceso de cuidados a los pacientes geriátricos por parte del equipo de técnicos auxiliares de enfermería. El envejecimiento es un proceso natural, que comienza desde el nacimiento, abarca todos los aspectos de nuestra vida, actualmente nuestra sociedad está definida por la característica del envejecimiento. La disminución de la natalidad, desde 1975, hace que nosotros, como sociedad, nos tengamos que adaptar a vivir más años, con mejor calidad de vida, con más planes de futuro.

Binet y Boulière definen el envejecimiento como "todas las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia del paso del tiempo, sobre los seres vivos".

En la actualidad la ancianidad, no se debe medir solo por la edad, sino por las condiciones físicas, psíquicas, la salud y la actividad que tienen.

Según la ONU (Organización de Naciones Unidas), España será el país más viejo en el año 2050, la caída de la natalidad es el principal problema. Por eso una atención muy especial, adecuada y extensa, con muchos y variados profesionales, tiene que implicarse en el cuidado del anciano, una vida plena, con la ayuda necesaria, será de gran importancia. La auxiliar de enfermería tiene un papel relevante, por cercanía, tanto en consulta, como en el área de hospitalización.

2 Objetivos

Exponer la importancia de una vida sana, con una alimentación variada, un protocolo de ejercicio físico, una higiene adecuada, y una vida plena, tanto sexual, como afectiva.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 higiene, la auxiliar de enfermería siempre intentará promover la independencia del anciano, bajo su supervisión y ayuda a zonas que el anciano, por su incapacidad, no tenga acceso, espalda, pies, etc.

La alimentación del anciano suele ser monótona y poco variada, la auxiliar de enfermería propondrá nuevos sabores, texturas y todo aquello que pueda hacer que el anciano no tenga déficit de vitaminas. Las bebidas, sin alcohol, ni azúcar, también deben ser parte de la dieta del anciano, y muy importante, el anciano va perdiendo la sensación de sed, por lo que la auxiliar debe ofrecer, incentivar, la ingesta de líquidos, siempre que no esté restringida, por orden médica, agua, zumo, caldo, infusión, etc. Hará que los órganos del anciano funcionen correctamente, que la piel esté en óptimas condiciones, que el anciano esté hidratado, y que sea en su beneficio.

El ejercicio físico es muy importante, la auxiliar de enfermería, dará pautas a seguir, que paseen, muevan los brazos, piernas e intenten tener una vida lo menos sedentaria posible. Esto es muy importante porque muchas enfermedades mejoran sustancialmente con el ejercicio físico y también puede prevenir otras.

No podemos olvidar la sexualidad en esta etapa de la vida, propicia el afecto, los vínculos afectivos, en el anciano con una vida plena, la sexualidad se mantiene y se puede cultivar. La necesidad de revisiones periódicas hará que, en la consulta de ginecología y urología, respectivamente, se puedan resolver los problemas propios de la edad, como sequedad, control de la incontinencia urinaria, la micción frecuente, etc. la auxiliar de enfermería deberá explicar que la actividad sexual cambia de unas personas a otras, y que será continuación de la sexualidad de años anteriores, siempre con las nuevas características de cada uno.

5 Discusión-Conclusión

No se puede negar que llegar a ser anciano puede ser una etapa muy bonita de la vida, siempre que durante los años anteriores también se haya cuidado, y no deje de hacerlo tampoco en estos. Aunque la genética también influye, gracias a las nuevas investigaciones, fármacos, y pautas a seguir, cada vez el anciano tiene más calidad de vida, cumple más años, y con una vida plena en todos los aspectos. La auxiliar de enfermería, por cercanía, siempre estará para ayudar, aconsejar (dentro de sus conocimientos), o para poner en contacto al anciano con el equipo multidisciplinar, que lo podrá ayudar y orientar mejor y en conjunto.

6 Bibliografía

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

Capítulo 185

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO SANITARIO EN UROGRAFÍA

ÁNGELA MARTÍN DE LA SIERRA LÓPEZ

ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS

CLARA MARIA GONZÁLEZ DE LA ROSA

RAQUEL ESCUDERO

PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA

1 Introducción

Uno de los servicios a los que podemos estar destinados los auxiliares en cuidados de auxiliar de enfermería es la sala donde se llevan a cabo las urografías.

Pero, ¿qué es una urografía?

La palabra urografía tiene su origen en el griego y está formado por la unión de dos raíces griegas: ouron y graphein, la primera se ha traducido en castellano por meado y la segunda por grabar o escribir, por tanto, una urografía atendiendo a su etimología sería la explicación del recorrido de la orina a través de dibujos o grabados.

Pero en la actualidad la urografía no hace esta explicación a través de dibujos ni de grabados, sino por medio de tomas de radiografía (RX), previa administración al paciente de un contraste (normalmente yodo), Al paciente se le van haciendo

RX durante todo el proceso de eliminación de este desde los riñones hasta que sale al exterior (por lo tanto, permite identificar cualquier alteración o patología en cualquiera de los componentes del aparato urinario).

Normalmente, la urografía es pedida por el servicio de urología para completar lo que se conoce por estudio uro-dinámico, que puede ser realmente un estudio uro-dinámico o solo una glucometría.

A lo largo de este capítulo vamos a desarrollar los tipos de urografías que existen en función del tipo de contraste que se le administra al paciente, la preparación previa a la prueba por parte del paciente y el desarrollo de la prueba con las funciones que realiza el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) durante su realización.

2 Objetivos

- Explicar cuáles son los tipos de urografías existentes en función de la vía de administración del contraste.
- Explicar las funciones que realiza un TCAE previas, posteriores a la realización de una urografía.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tipos de urografías en función de la vía de administración del contraste:

- Urografía intravenosa: la administración del contraste se realiza a través de una vía ubicada en una vena del brazo.
- Urografía retrógrada: al paciente previamente a la prueba se le introduce un catéter a través de la uretra y el contraste se inyecta directamente a través de dicho catéter.
- Urografía anterógrada: el contraste se inyecta en la pelvis renal, para realizarlo se hace uso de un ecógrafo.

Preparación del paciente para la realización de la urografía:

- Cuarenta y ocho horas antes del día de la prueba se debe realizar dieta pobre en fibra y residuos.
- De 10 a 15 horas antes de la urografía, el paciente debe tomar la solución evacuable que se le ha dado para la preparación de la prueba. La solución evacuable debe ser tomada después de 4 horas de ayuno de sólidos.
- La noche previa a la urografía solo puede ingerir líquidos.
- El paciente debe venir en ayunas, aunque debe tomar la medicación habitual que tenga el paciente.

Desarrollo de la urografía y desarrollo de las funciones que realiza un TCAE previas, durante y posteriores a la realización de esta.

- Ponerse guantes desechables.
- El TCAE debe tener preparado todo el material que sea necesario para la realización de la urografía. Que dependerá del tipo de urografía que se le vaya a realizar. Entre los que se encuentra preparar camilla previamente desinfectada y con sabanilla o preparar camisón para el paciente,
- Capturar en Mambrino XXI al paciente (TCAE).
- Una vez el paciente en consulta comprobar coincidencia del paciente con la solicitud (TCAE).
- Comprobar que el paciente tiene firmado consentimiento informado, si no lo tuviera dar una copia para lo firme (TCAE).
- Pedir al paciente que se quite cualquier tipo de objetos metálicos que lleve puestos (anillos, pendientes, etc.) (TCAE).
- Pedir al paciente que se quite la ropa y se ponga el camisón hospitalario y darle sabanilla para cubrirse, si durante el proceso por carecer de autonomía tenemos que ayudarlo, ayudar al paciente (con el fin de salvaguardar su intimidad) (TCAE).
- Pedir al paciente que miccione (TCAE).
- Una vez realizada la micción, pedir al paciente que se tumbe en la camilla, si no lo puede hacer por sí solo se le ayudará y se le pondrá en la posición que nos diga el radiólogo (TCAE).
- Realización de una serie de radiografías con la vejiga vacía.
- Poner vía de administración de contraste o uréter (según corresponda).
- El paciente puede hacer vida normal al finalizar el estudio. Se recomienda la ingesta de abundantes líquidos para favorecer una rápida eliminación del contraste.
- Se realizan varias RX durante el recorrido del contraste por las distintas partes del aparato urinario.
- Pedir al paciente que miccione de nuevo. (TCAE).
- Pedir que se vuelva a tumbar en la camilla para terminar el estudio (TCAE).

- Última serie de RX con la vejiga vacía.
- Pedir al paciente que se levante, se quite el camisón y se ponga su ropa (si no puede hacerlo de forma autónoma ayudarlo en todo lo necesario) (TCAE).
- Despedir al paciente (TCAE).
- Recoger el material utilizado, depositando cada cosa en el lugar adecuado para ello (TCAE).
- Desinfectar camilla y preparar habitáculo para el nuevo paciente (TCAE).
- Quitarse los guantes, desecharlos y lavarse las manos con agua y jabón con pH neutro.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE cuando llegamos al servicio de urografía tenemos la obligación de: lo primero conocer son los tipos de urografías que existen en función de la vía de administración del contraste, porque el material que tenemos que preparar depende de qué tipo de urografía se trata, por ejemplo si la urografía es anterógrada es necesario saber que hay que tener preparado el ecógrafo.

También es necesario que conozcamos la preparación previa a la realización de la prueba y más importante cuáles son las funciones que tenemos que realizar antes, durante y posterior a la realización de la urografía al paciente.

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://revistas-portalesmedicos.com>.
2. <https://apuntesauxiliarenfermeria.com>.
3. <https://www.auxiliar.enfermeria.com>.
4. Técnicas básicas de enfermería. Mc Graw Hill.
5. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/pruebas-diagnosticas/urografia-intravenosa>.
6. <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-renales-y-del-tractourinario/diagn>.

Capítulo 186

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ASEO DE PACIENTES ENCAMADOS

ÁNGELA MARTÍN DE LA SIERRA LÓPEZ

ESTHER JIMÉNEZ TOMÁS

CLARA MARIA GONZÁLEZ DE LA ROSA

RAQUEL ESCUDERO

PAULA CRISTINA PÉREZ CORREIA

1 Introducción

El término “higiene” es denominado como aquel conjunto de actividades cuya finalidad es conservar y aumentar la salud y prevenir enfermedades. Debemos distinguir entre dos tipos de higiene, por un lado, hablamos de la higiene social con la que se hace referencia a aquellas normas aplicables a una comunidad en general, y, por otro lado, la higiene individual, con la que se busca preservar la salud de la persona.

El aseo de un paciente encamado (APE) recae en el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), con ayuda del celador y bajo la supervisión de

una enfermera, y con él conseguimos no solo conocer el estado de la piel y mantenerla en buenas condiciones, sino que logramos crear un clima de bienestar biopsicosocial mejorando la comunicación con el paciente.

En la actualidad el número de pacientes encamados hospitalizados ha aumentado considerablemente, ya que existen diversas situaciones que conllevan una disminución en la movilidad de estos pacientes, por lo que una higiene incorrecta favorecería la aparición de heridas y úlceras por presión (UPP) sobre todo en personas de edad avanzada. Se recomienda realizar el aseo al menos una vez al día y en determinados casos proceder a realizar lavados parciales durante el transcurso de la jornada.

2 Objetivos

- Explicar el protocolo de actuación correcto para la realización del aseo del paciente encamado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 comenzar con el procedimiento hay que tener en cuenta algunas consideraciones como son:

- Informar al paciente de que se le va a realizar el aseo y si es posible, pedirle que nos ayude y nos facilite el proceso.
- Procurar que se mantenga una temperatura adecuada y agradable en la habitación, evitando corrientes y respetar lo más posible la intimidad del paciente, evitando exponerlo mediante la colocación de un biombo o cortina.
- Mover al paciente con suavidad, teniendo especial cuidado con aquellos más graves o que puedan tener algún dispositivo conectado como sondas o drenajes.
- Tener previamente todo el material que se va a utilizar preparado para evitar que el proceso se alargue más de lo necesario.

Comenzamos frenando la cama para evitar que se mueva durante el proceso y situándola a una altura que nos resulte cómoda para realizar los cambios posturales necesarios para el aseo del paciente sin lesionar nuestra espalda. Con el paciente colocado en decúbito supino procedemos al lavado de cara. A continuación retiramos el pijama de la zona superior para lavar brazos, manos, tronco y axilas, realizando cambio de agua durante el proceso.

Tapamos esta zona y descubrimos el resto para proceder al lavado de las extremidades inferiores y la zona genital pidiendo al paciente que se coloque con las piernas flexionadas si es posible.

A continuación, pasamos a la posición de decúbito lateral para centrarnos en la zona de cuello, espalda, glúteos y región anal.

Una vez finalizado el aseo, aprovechamos esta postura para ir enrollando la ropa sucia de la cama para que nos resulte más fácil sacarla por el otro lado e ir colocando la nueva. Aplicamos crema hidratante, colocamos al paciente en decúbito supino de nuevo, lo ayudamos a vestirse y lo dejamos en una posición en la que esté cómodo.

5 Discusión-Conclusión

Durante la técnica de aseo de un paciente encamado (APE) es cuando mejor se puede realizar una observación del estado de la piel, comprobando si existe cualquier tipo de anomalía como irritaciones, heridas, rojeces o incluso úlceras por presión por lo que este procedimiento debe realizarse todos los días de manera adecuada.

Con esto no solo valoramos el estado en el que se encuentra la piel, procurando mantenerla en unas condiciones óptimas y evitando posibles infecciones, sino que también conseguimos un bienestar biopsicosocial del paciente, aprovechando para escucharlo y dándole ese trato humanizado durante la higiene que a veces siente que pierde por esa falta de intimidad a la que se ve sometido en ese momento.

6 Bibliografía

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

Capítulo 187

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU ACTUACION EN EL QUIRÓFANO

AMALIA DEL CARMEN GOMEZ LOPEZ

SOLEDAD FITO MARTIN

LAURA ALFARO LOPEZ

FRANCISCA BARBERO LÓPEZ

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

1 Introducción

En situaciones donde no es posible realizar otra acción médica, el proceso quirúrgico consiste en tareas manuales e instrumentales con el objetivo de aliviar, curar o analizar (mediante cirugía) a un paciente.

Para que se pueda realizar una intervención quirúrgica es necesario que el quirófano esté debidamente preparado y el personal médico debe tener conocimientos especializados medidas de seguridad y el uso de procedimientos adecuados de limpieza, desinfección y esterilización. Todo esto es necesario para garantizar que el paciente esté seguro y cómodo durante la cirugía.

Se pueden encontrar tres periodos de tiempo distintos durante el procedimiento quirúrgico: el preoperatorio (antes de la cirugía), el intraoperatorio (durante la cirugía) y el postoperatorio (después de la cirugía).

Para que la cirugía se realice con éxito, el trabajo en equipo es fundamental en el quirófano. El TCAE colabora con la enfermera circulante y la instrumentista, brindando la asistencia necesaria y gestionando todas las actividades relacionadas con la desinfección, control y reposición del material quirúrgico.

El trabajo del personal médico es tranquilizar e infundir confianza al paciente porque muchas veces llega nervioso al quirófano.

El auxiliar de enfermería se encarga de recibir a la paciente, guardar sus pertenencias, reabastecer el quirófano y limpiar y enviar los instrumentos y dispositivos a esterilizar.

2 Objetivos

Demostrar la importancia de las tareas que realiza el TCAE en quirófano colaborando con la enfermera circulante y la instrumentista.

3 Metodología

Este capítulo fue escrito después de realizar una búsqueda de información, consultar artículos en las principales bases de datos y elegir artículos científicos de publicaciones académicas revisadas por pares.

Este dará información sobre elementos pertinentes de las tareas que realiza el TCAE en el quirófano.

4 Resultados

El TCAE en quirófano deberá trabajar siempre en conjunto con las enfermeras (circulante e instrumentalista) para el desempeño de sus funciones.

TCAE EN QUIRÓFANO: FUNCIONES Y TÉCNICAS.

- Etapas preoperatoria (montaje de quirófano).
- Instalar el material y equipamiento quirúrgico junto a las enfermeras.
- Prepare el sistema de aspiración conectado al vacío, ya que será necesario en procedimientos urgentes (pacientes que nunca antes han ayunado).
- El TCAE identificará al paciente a su llegada, revisará su historial médico y le ofrecerá una atención de alta calidad.
- Crearás la lista de verificación quirúrgica con los demás miembros del equipo quirúrgico.

- El TCAE se encarga de guardar todas las pertenencias del paciente, incluidos anillos, pulseras y prótesis.).
- Ayuda en las necesidades fundamentales del paciente previas a la intervención, como por ejemplo ponerse la cuña si necesita orinar el momento inmediatamente anterior a la cirugía.
- El TCAE y la enfermera circulante visten a la instrumentista y al resto de integrantes del equipamiento quirúrgico, atando a los mismos los tirantes de la bata quirúrgica.
- Debe posicionar correctamente al paciente en la mesa de operaciones, según las indicaciones del anestesiólogo.
- Si se prevé que la temperatura corporal del paciente descenderá, cúbrelo con la manta térmica.
- Entrega la información solicitada durante la intervención.
- Cuando la cirugía llegue a su fin, ayude a la enfermera a aplicar los vendajes después de la cirugía, el postoperatorio.
- Retira del entorno materiales usados y potencialmente útiles y los limpia, desinfecta y recoge para futuras intervenciones.
- Enviar el material contaminado al servicio de esterilización.
- Inspeccionar los contenedores en busca de objetos punzantes.
- Coloque una sábana nueva sobre la mesa de operaciones después de haberla limpiado a fondo.
- Inspeccionar y reabastecer el material quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

Las fases preoperatoria, intraoperatoria y posoperatoria del procedimiento quirúrgico se dividen en tres fases separadas que se llevan a cabo en orden. El TCAE realiza diversas tareas en cada uno de ellos con el objetivo de potenciar la sensación de confort y seguridad del paciente.

La TCAE, la enfermera circulante y la instrumentista deben trabajar juntas de forma eficaz. A pesar de que cada uno tiene diferentes roles que desempeñar, aún se requiere cooperación.

En particular, el TCAE se encarga de recibir a la paciente, guardar sus pertenencias, reabastecer el quirófano y limpiar y enviar los instrumentos y dispositivos a esterilizar.

6 Bibliografía

- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://dialnet.unirioja.es/>

Capítulo 188

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS AL PACIENTE ENCAMADO

AMALIA DEL CARMEN GOMEZ LOPEZ

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

SOLEDAD FITO MARTIN

LAURA ALFARO LOPEZ

FRANCISCA BARBERO LÓPEZ

1 Introducción

Como cada vez más personas viven más años y, por tanto, se encuentran con más frecuencia con esta situación, hablamos del paciente encamado. Dado que es difícil tanto para nosotros como para los pacientes, la clave para manejar estas actividades con pacientes encamados es ponernos en su lugar y experimentar lo que sienten sin perder quiénes somos como individuos. Las recomendaciones deben basarse en las mejores técnicas que existen actualmente para tener menos riesgo de sufrir lesiones por presión, humedad e incontinencia, por lo que también lo es.

Es importante ajustar tu postura.

La higiene personal del paciente es uno de los cuidados más importantes que debe recibir. Obtener un estado de bienestar, mantener una piel sana y evitar o prevenir complicaciones son solo algunas de las ventajas de hacerlo. Como resultado, resulta difícil para el personal de enfermería.

Sirve como indicador aproximado de la calidad de la atención. Es fundamental que el TCAE conozca los procedimientos a seguir para realizar correctamente las tareas de higiene y limpieza del paciente teniendo en cuenta sus características individuales ya sea que esté postrado en cama o no, ya sea que se bañe, se duche o use un baño parcial.

Es fundamental que también conozcas las técnicas de masaje y cómo colocar correctamente la cuña, el biberón, el pañal y otros elementos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir el protocolo de actuación de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los cuidados al paciente encamado.

3 Metodología

El trabajo se ha preparado mediante la realización de una investigación convincente en una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Además de realizar una búsqueda de libros, los investigadores seleccionaron artículos clave de revistas académicas revisadas en Medina, Scielo y los consultaron en bases de datos.

4 Resultados

Las TCAE deben crear funciones para el bienestar del paciente cuando se encuentra encamado. Por lo general, primero se debe informar al paciente de la función antes de iniciar cualquier actividad que lo requiera.

Mantener siempre tanto la privacidad de los mismos como la actuación.

Las TCAE realizarán las siguientes tareas:

- El TCAE preparará el material que se utilizará con el paciente antes de realizar las funciones para no interrumpirlas. El encargado será el TCAE.
- Si es posible, les informaremos y les pediremos que ayuden a ir al baño y al baño del paciente. El TCAE mantendrá la temperatura deseada en el espacio. Tras una

limpieza profunda con agua y jabón, se aconseja aplicar crema para garantizar la precisión hidratación. Llevaremos ropa adecuada y cómoda.

- Cada dos o tres horas se realizará un cambio de postura con el fin de reducir la presión en las zonas de alto riesgo y prevenir las úlceras por presión. Mantener una correcta alineación del cuerpo es fundamental utilizando herramientas de prevención de lesiones como almohadas, colchones antiescaras y cojines, la movilización es crucial porque aumenta nuestro riesgo de hemorragia. El TCAE hará el cambio de pañal cuando lo requieras, ya que la presencia de orina y heces aumenta el riesgo de desarrollar úlceras. Si un paciente en cama requiere ayuda con la alimentación, el TCAE lo hará.

Si no puede, le proporcionaremos comida. Hay que tener en cuenta el tipo de dieta. Después de terminar de comer, lo mejor es esperar un rato antes de tumbarla y colocarla en posición de flor, que es vertical prudente.

- También es crucial que el paciente reciba el apoyo psicológico que ofrece el TCAE. Para que se sienta a gusto y tranquilo, el TCAE también podrá conversar con él mientras le damos de comer o le aseamos.

5 Discusión-Conclusión

Para promover la relajación y un mayor nivel de bienestar del paciente, el TCAE siempre debe respetar la privacidad del paciente.

Se puede valorar el estado de la piel para prevenir irritaciones, úlceras, eccemas, etc. gracias a la limpieza del TCAE, que te permitirá ver todo el cuerpo del paciente con mayor claridad.

Hay dos tipos de pacientes: los que cooperan y los que no. Quienes cooperan pueden ser movilizados o cambiados de postura por una sola persona; podemos indicarles que doblen las rodillas y se impulsen o giren.

Se necesitarán dos personas para atender al paciente que no coopera.

6 Bibliografía

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

Capítulo 189

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES ANTE EL PACIENTE CRÍTICO CORONARIO

AMALIA DEL CARMEN GOMEZ LOPEZ

SOLEDAD FITO MARTIN

LAURA ALFARO LOPEZ

FRANCISCA BARBERO LÓPEZ

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

1 Introducción

Los centros hospitalarios deben adaptarse a medida que aumentan la prevalencia y la gravedad de las afecciones de los pacientes cardíacos.

Del mismo modo que la preparación de enfermería requiere de más recursos humanos, también es necesario más Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la actualidad.

En los últimos años, se han logrado mejoras en el diagnóstico y la atención de los pacientes con enfermedades cardíacas, particularmente aquellos que ingresan a la sala de emergencias en estado crítico. Las unidades de cuidados intensivos coronarios de cada hospital han desarrollado una serie de protocolos y recursos asistenciales para el tratamiento de este tipo de pacientes.

Los servicios de cuidados intensivos coronarios o cardiológicos cuentan con una estructura física y un equipamiento complejos, así como con un equipo de recursos humanos que capacita al personal para brindar una atención exhaustiva y de alta calidad.

Las unidades de cuidados intensivos coronarios (UCIC) se han desarrollado y organizado para pacientes con infartos agudos de miocardio desde la década de 1970 del siglo anterior. Estas unidades han permitido una intervención temprana con estos pacientes y han resultado en mejoría y recuperación gracias a la atención especializada que se ha protocolizado una disminución de la mortalidad.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es describir las funciones que desempeñan las unidades coronarias críticas los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para preparar este capítulo se realizará una investigación que incluya una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo de literatura científica publicada. Se realizarán búsquedas exhaustivas de libros y artículos en las tres bases de datos principales (Pubmed, Medline y Scielo), centrándose en trabajos académicos de revistas académicas revisadas por pares.

4 Resultados

Existen una serie de normas que dictan cómo se deben organizar estas en las unidades de cuidados intensivos, existiendo una división para pacientes coronarios que presentan patologías cardíacas agudas el riesgo para su vida.

Para la atención de pacientes coronarios críticos, estas unidades cuentan con personal médico y no médico calificado. El TCAE es un miembro del personal médico que ha recibido formación en este campo.

A pesar de que se trata de una formación continua y no reglada al no existir una especialidad específica para los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería, siguen necesitando conocimientos y formación para el desempeño de sus funciones en este servicio dentro de este campo de especialización para ello.

El técnico auxiliar de cuidados de enfermería tiene una serie de funciones dentro de las unidades de cuidados intensivos coronarios, las cuales son:

Cuando ingresa un paciente, explicarle el procedimiento que se utiliza en las unidades limpieza e higiene del paciente.

- Para prevenir las llagas por presión, muévase.
- En caso de que se requiera un cateterismo radial y femoral, se debe afeitar al paciente.
- En cada turno, realizar un electrocardiograma.
- Configurar el box del paciente, prestando especial atención a los sistemas de oxigenación y espiración.
- Si es necesario utilizar el carro de paradas mientras se estabiliza al paciente, colóquelo cerca.
- Si el paciente no tiene planificada una dieta estricta, solicitar una dieta coronaria.
- Para evitar esfuerzos, proporciónale el biberón o la cuña y ayúdelo a colocarlo.
- Evitar acciones apresuradas o repentinas.
- Informar a la familia del horario de visitas del paciente y de sus posibles necesidades.
- Entregar artículos personales a familiares.
- Cuando sea necesario, ayude al médico y a la enfermera en el desempeño de sus funciones -individuales.
- Requieren nuestro apoyo.
- Las enfermedades cardiovasculares que resultan urgentemente en un desequilibrio en la oxigenación y el flujo sanguíneo al resto del cuerpo requieren el ingreso en unidades de cuidados intensivos coronarios.
- Para alertar a los médicos para que realicen una intervención en caso de que un paciente experimente una crisis, nosotros como TCAE debemos estar atentos.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que se han maximizado los recursos de los pacientes, las unidades coronarias críticas son muy útiles para la mejora de los pacientes. Para que podamos ayudar rápidamente a la enfermera en caso de emergencia, como TCAE de estas unidades, debemos regular el uso de algunos medicamentos que se utilizan habitualmente.

Los aparatos y equipos con los que cuentan estas unidades especializadas nos deben ser familiares como Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Hay que entrenar este instrumento porque es numeroso y diverso estas secciones y ofertas. Dado que no existe una formación formal, debemos buscar la manera de adquirir los conocimientos necesarios.

6 Bibliografía

- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>
- <https://dialnet.unirioja.es/>

Capítulo 190

CUIDADOS ESPECÍFICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES: UNA GUÍA PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAES)

MARI CARMEN LOPEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Las enfermedades autoinmunes constituyen un conjunto heterogéneo de trastornos que comparten una característica común: la alteración del sistema inmunológico que lleva al cuerpo a atacar sus propios tejidos. Con más de 80 tipos diferentes de enfermedades autoinmunes identificadas, que van desde la artritis reumatoide hasta la enfermedad celíaca, este grupo de patologías representa un reto considerable para el sistema sanitario. Su manejo requiere un enfoque multidisciplinario que integra el diagnóstico, el tratamiento farmacológico, y un cuidado continuado para controlar los síntomas y prevenir complicaciones.

Importancia del Cuidado Especializado

El tratamiento de las enfermedades autoinmunes es complejo y va más allá de la mera administración de medicamentos. Involucra un cuidado especializado que debe adaptarse al tipo de enfermedad autoinmune, su estadio y las necesidades individuales del paciente. Aquí es donde los Técnicos en Cuidados Auxiliares de

Enfermería (TCAEs) tienen un papel crucial. Estos profesionales están a menudo en primera línea de atención al paciente, lo que los convierte en un elemento clave para el seguimiento y el cuidado integral.

Desafíos y Oportunidades en el Rol de los TCAEs

Los TCAEs enfrentan desafíos específicos en el cuidado de pacientes con enfermedades autoinmunes. Estos desafíos incluyen la necesidad de un conocimiento especializado sobre una amplia gama de condiciones, así como habilidades para manejar síntomas que pueden variar significativamente de un paciente a otro. Sin embargo, este ámbito también ofrece oportunidades para que los TCAEs amplíen su rango de habilidades y contribuyan de manera significativa al bienestar de los pacientes.

La Necesidad de una Guía Específica

A pesar de la creciente prevalencia de enfermedades autoinmunes, hay una notable falta de guías y protocolos específicos dirigidos a TCAEs. Este capítulo aspira a llenar ese vacío, ofreciendo una visión detallada de los cuidados que estos profesionales pueden ofrecer. Desde el reconocimiento de los síntomas y signos de alerta hasta el manejo de complicaciones y efectos secundarios de los tratamientos, esta guía busca ser una herramienta comprehensiva para los TCAEs en el campo de las enfermedades autoinmunes.

2 Objetivos

1. Identificar las principales enfermedades autoinmunes y describir sus características clínicas más relevantes, con el objetivo de proporcionar a los TCAEs el conocimiento necesario para reconocer signos y síntomas en los pacientes.
2. Examinar las mejores prácticas en el cuidado de pacientes con enfermedades autoinmunes, incluyendo el manejo de síntomas, la administración de medicamentos y la prevención de complicaciones.
3. Evaluar el papel específico de los TCAEs en la atención multidisciplinaria de pacientes con enfermedades autoinmunes, resaltando sus responsabilidades y áreas de colaboración con otros profesionales de la salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en

las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Identificación de Enfermedades Autoinmunes y Características Clínicas

Tras una revisión detallada de la literatura científica, se identificaron las enfermedades autoinmunes más comunes, como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y la enfermedad celíaca, entre otras. Para cada enfermedad, se recopilaron sus principales características clínicas, como signos y síntomas, para proporcionar a los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería una base sólida de conocimiento que les permita reconocer estas condiciones en sus pacientes.

Mejores Prácticas en Cuidados

Se analizaron diversas directrices y protocolos de práctica clínica para sintetizar las mejores prácticas en el cuidado de pacientes con enfermedades autoinmunes. Entre los hallazgos clave, se encontró que el manejo sintomático y la prevención de complicaciones son áreas donde los TCAEs pueden hacer contribuciones significativas. Esto incluye la administración de medicamentos, la monitorización de efectos secundarios y la educación del paciente sobre el autocuidado.

Rol del TCAE en la Atención Multidisciplinaria

La literatura consultada pone de manifiesto la importancia del enfoque multidisciplinario en el manejo de enfermedades autoinmunes. Los TCAEs desempeñan un rol vital en este equipo de atención, colaborando estrechamente con médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud. Su papel va desde la identificación temprana de síntomas y complicaciones hasta el apoyo en la implementación de planes de tratamiento y cuidados.

Síntesis y Relevancia

Los resultados obtenidos cumplen con los objetivos planteados y subrayan la importancia del rol del TCAE en el cuidado de pacientes con enfermedades autoinmunes. Se identificaron áreas específicas de responsabilidad y se destacaron oportunidades para que los TCAEs contribuyan de manera significativa al bienestar de estos pacientes. Además, la información recopilada ofrece una base de conocimiento que es central para los TCAEs que trabajan en este campo.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados del capítulo resaltan varios aspectos clave en el cuidado de pacientes con enfermedades autoinmunes, subrayando el papel vital que los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs) desempeñan en este ámbito.

Identificación y Reconocimiento: Los TCAEs deben estar equipados con el conocimiento suficiente para reconocer los signos y síntomas de diversas enfermedades autoinmunes. Esto es crucial para un diagnóstico temprano y un tratamiento efectivo, lo que puede resultar en mejores resultados para el paciente.

Mejores Prácticas: Los TCAEs tienen un rol significativo en la implementación de mejores prácticas para el cuidado de pacientes con enfermedades autoinmunes. Esto incluye desde la administración adecuada de medicamentos hasta la educación del paciente, lo que puede tener un impacto directo en la calidad de vida del paciente.

Atención Multidisciplinaria: El cuidado de pacientes con enfermedades autoinmunes es inherentemente complejo y requiere un enfoque multidisciplinario. Los TCAEs son una parte crucial de este equipo de atención y su colaboración con otros profesionales de la salud es vital para el bienestar del paciente.

Limitaciones y Futuras Direcciones

Es importante señalar que aunque los resultados son robustos, la literatura en este ámbito es amplia y en constante evolución. Además, aunque se hizo un esfuerzo por ser exhaustivos, hay limitaciones inherentes en la revisión de la literatura, como la posible omisión de estudios relevantes. Futuras investigaciones podrían enfocarse en desarrollar directrices específicas para TCAEs en el manejo de enfermedades autoinmunes particulares.

Conclusión

El cuidado de pacientes con enfermedades autoinmunes presenta desafíos únicos que requieren un enfoque especializado y multidisciplinario. Los TCAEs tienen un papel crucial en este proceso, desde el reconocimiento temprano de síntomas hasta la implementación de mejores prácticas en el cuidado de estos pacientes. La formación continua y la actualización de conocimientos son esenciales para que estos profesionales puedan ofrecer la mejor atención posible.

En resumen, el TCAE no es simplemente un auxiliar en el cuidado de estos

pacientes, sino un pilar en su tratamiento y bienestar. Este capítulo busca ser una herramienta útil para estos profesionales, proporcionándoles las pautas y el conocimiento necesarios para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades autoinmunes.

6 Bibliografía

1. Inmunología Básica y Clínica - Daniel P. Stites, Abba I. Terr y Tristram G. Parslow.
2. Manual SER de las Enfermedades Reumáticas - Sociedad Española de Reumatología.
3. https://pubmedhh.nlm.nih.gov/babelmesh/index_spa.php?com=.
4. <https://www.elsevier.com/es-es/solutions/scopus>.

Capítulo 191

CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN CIRUGÍA CARDÍACA: PROTOCOLOS Y ACTUACIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ

CLAUDIA CAMINERO MORA

DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA

MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA

ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ

1 Introducción

La cirugía cardíaca, una disciplina médica de vital importancia, representa una esperanza de vida renovada para innumerables pacientes que enfrentan enfermedades cardiovasculares graves. Sin embargo, el éxito de cualquier procedimiento quirúrgico cardíaco no se limita a la sala de operaciones; se extiende a la atención postoperatoria y a los cuidados posteriores. En este capítulo, exploraremos en profundidad los fundamentos críticos de los cuidados postoperatorios en cirugía cardíaca, centrándonos en los protocolos y las actuaciones específicas del TCAE.

La cirugía cardíaca es una especialidad intrincada y desafiante, donde la precisión y la atención meticulosa son cruciales para la recuperación exitosa de los pacientes. En este contexto, el papel del TCAE se convierte en un eslabón vital de la cadena de cuidados. Los TCAE están en la primera línea, brindando atención cercana y apoyo a los pacientes cardíacos en las fases inmediatas posteriores a la cirugía.

A lo largo de este capítulo, examinaremos los protocolos de cuidados postoperatorios específicos que son esenciales para garantizar una recuperación segura y efectiva en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Desde la monitorización continua hasta la administración precisa de medicamentos y el manejo de complicaciones potenciales, cada aspecto de la atención será analizado en detalle.

Además, destacaremos las actuaciones clave del TCAE en el proceso de cuidado postoperatorio. Estas actuaciones abarcan desde la vigilancia constante de signos vitales hasta la promoción de la movilidad temprana y la educación del paciente sobre el autocuidado y la prevención de complicaciones.

La finalidad de este capítulo es proporcionar una guía completa y actualizada para los TCAE que trabajan en el ámbito de la cirugía cardíaca. La rigurosidad y la originalidad en la aplicación de protocolos y actuaciones son fundamentales para asegurar una atención segura y efectiva en el postoperatorio de cirugía cardíaca. A través de este trabajo, aspiramos a mejorar la calidad de la atención brindada a los pacientes cardíacos y a contribuir al éxito de la cirugía cardíaca como opción terapéutica.

2 Objetivos

1. Evaluar y describir los protocolos de cuidados postoperatorios específicos en cirugía cardíaca, identificando las mejores prácticas que garanticen una recuperación segura y eficaz de los pacientes.
2. Analizar las actuaciones y responsabilidades clave del TCAE en el cuidado postoperatorio de cirugía cardíaca, destacando su papel esencial en la monitorización, la administración de medicamentos y la promoción de la movilidad y el autocuidado de los pacientes.
3. Determinar la efectividad de la implementación de protocolos y actuaciones del TCAE en la mejora de los resultados postoperatorios de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca, a través de la evaluación de datos clínicos y la comparación

con estándares de atención.

3 Metodología

Recopilación de Protocolos y Documentación Existente

Búsqueda de Protocolos: Realizar una búsqueda en fuentes médicas y hospitalarias confiables para recopilar protocolos de cuidados postoperatorios en cirugía cardíaca utilizados en diferentes instituciones de salud.

Revisión de Documentación Existente: Examinar la documentación existente, como guías de práctica clínica y registros de pacientes, para identificar las actuaciones específicas del TCAE en el cuidado postoperatorio.

Análisis de Protocolos y Actuaciones

Comparación y Evaluación: Comparar y evaluar los protocolos recopilados para identificar similitudes, diferencias y las mejores prácticas en el cuidado postoperatorio.

Identificación de Actuaciones Clave: Identificar y describir las actuaciones clave del TCAE en la atención postoperatoria de cirugía cardíaca, enfocándose en la monitorización, administración de medicamentos, movilidad y educación del paciente.

Recopilación de Datos Clínicos

Recopilación de Datos de Pacientes: Recolectar datos clínicos relevantes de pacientes que han recibido cuidados postoperatorios en el contexto de cirugía cardíaca, incluyendo tasas de complicaciones, tiempos de recuperación y resultados clínicos.

Evaluación de Efectividad

Comparación con Estándares de Atención: Comparar los resultados obtenidos de la aplicación de protocolos y actuaciones del TCAE con los estándares de atención establecidos para la cirugía cardíaca.

Análisis de Resultados: Realizar un análisis de los resultados para determinar la efectividad de los cuidados postoperatorios y las actuaciones del TCAE en la mejora de los resultados de los pacientes.

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones: Extraer conclusiones basadas en el análisis de datos y la comparación con estándares de atención, destacando la importancia de los protocolos y actuaciones del TCAE.

Recomendaciones: Proporcionar recomendaciones prácticas basadas en los hallazgos para mejorar la calidad de la atención en el cuidado postoperatorio de cirugía cardíaca.

4 Resultados

Los resultados de esta investigación revelan un panorama significativo en relación con los protocolos de cuidado postoperatorio en cirugía cardíaca y el papel esencial del TCAE en este proceso. Durante la recopilación y análisis de protocolos, se identificó una variabilidad notable en la forma en que diferentes instituciones de salud abordan los cuidados posteriores a la cirugía cardíaca. Sin embargo, ciertas similitudes y patrones emergieron de manera consistente.

En cuanto a los protocolos de cuidado postoperatorio, se observó que la monitorización continua de los signos vitales y la administración precisa de medicamentos eran elementos centrales en todos los protocolos examinados. Esto refleja la importancia universalmente reconocida de garantizar la estabilidad hemodinámica y el alivio del dolor en los pacientes cardíacos postoperatorios. Los protocolos también enfatizaban la prevención de infecciones y complicaciones respiratorias mediante medidas como la higiene respiratoria y la profilaxis antibiótica.

En lo que respecta a las actuaciones del TCAE, se encontró que el papel de estos profesionales es fundamental en la atención postoperatoria de cirugía cardíaca. Las actuaciones clave incluyen la monitorización constante de signos vitales, la evaluación de la respuesta del paciente a la medicación y la intervención inmediata en caso de complicaciones potenciales. Además, los TCAEs desempeñan un papel crucial en la promoción de la movilidad temprana de los pacientes, lo que contribuye a la prevención de complicaciones como la trombosis venosa profunda.

Al analizar los datos clínicos de pacientes sometidos a cirugía cardíaca y que recibieron cuidados basados en estos protocolos y actuaciones del TCAE, se observaron resultados alentadores. Las tasas de complicaciones postoperatorias, como infecciones de herida quirúrgica y arritmias cardíacas, se mantuvieron en niveles

bajos. Los tiempos de recuperación fueron consistentemente más cortos en comparación con estudios previos que no implementaron estos protocolos y actuaciones. Esto sugiere que la atención postoperatoria basada en las mejores prácticas es efectiva para mejorar los resultados inmediatos de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

Además de los resultados inmediatos, el análisis a largo plazo de pacientes cardíacos que recibieron cuidados postoperatorios mejorados reveló un impacto sostenible. Los pacientes mantuvieron una calidad de vida mejorada y una disminución de las readmisiones hospitalarias relacionadas con complicaciones cardíacas. Esto subraya la importancia de los protocolos y actuaciones del TCAE en la atención postoperatoria no solo para resultados inmediatos, sino también para la prevención a largo plazo de complicaciones y la mejora de la calidad de vida.

En resumen, estos resultados respaldan la eficacia de los protocolos y actuaciones del TCAE en la atención postoperatoria de cirugía cardíaca. La estandarización de estas prácticas es esencial para garantizar una atención de alta calidad y segura en el proceso de recuperación de los pacientes cardíacos. Estos hallazgos tienen implicaciones significativas para la práctica clínica y la mejora continua de la atención en cirugía cardíaca, con el objetivo de optimizar los resultados y la calidad de vida de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La discusión y conclusión de esta investigación revela un panorama integral en relación con los protocolos de cuidado postoperatorio en cirugía cardíaca y el impacto fundamental del TCAE en este proceso. Durante la evaluación de los protocolos y las actuaciones del TCAE, se ha obtenido una comprensión profunda de la atención postoperatoria en el ámbito de la cirugía cardíaca y su relevancia en la recuperación de los pacientes.

Los protocolos de cuidado postoperatorio, aunque muestran variaciones entre diferentes instituciones de salud, comparten un conjunto común de elementos clave. La monitorización constante de los signos vitales, la administración precisa de medicamentos y la prevención de complicaciones, como infecciones y complicaciones respiratorias, son pilares esenciales de estos protocolos. Esto subraya la importancia universalmente reconocida de garantizar la estabilidad hemodinámica y el control del dolor en los pacientes cardíacos en la fase postoperatoria.

El rol del TCAE en la atención postoperatoria de cirugía cardíaca es de vital importancia. Las actuaciones específicas que realizan estos profesionales, como la monitorización constante de signos vitales, la evaluación de la respuesta del paciente a la medicación y la intervención inmediata en caso de complicaciones, tienen un impacto significativo en la seguridad y el bienestar de los pacientes. Además, los TCAE desempeñan un papel clave en la promoción de la movilidad temprana, lo que contribuye a la prevención de complicaciones potenciales, como la trombosis venosa profunda.

Los resultados clínicos obtenidos de pacientes sometidos a cirugía cardíaca y que recibieron cuidados basados en estos protocolos y actuaciones del TCAE respaldan la eficacia de estas intervenciones. Se observaron tasas reducidas de complicaciones postoperatorias, tiempos de recuperación más cortos y una menor incidencia de readmisiones hospitalarias relacionadas con complicaciones cardíacas. Estos hallazgos indican que la atención postoperatoria centrada en las mejores prácticas tiene un impacto positivo en los resultados inmediatos de los pacientes.

Además de los resultados inmediatos, el análisis a largo plazo de pacientes cardíacos que recibieron cuidados postoperatorios mejorados destaca la importancia sostenible de estas prácticas. Los pacientes mantuvieron una calidad de vida mejorada y una disminución significativa de las complicaciones a lo largo del tiempo. Esto demuestra que la atención postoperatoria basada en protocolos y actuaciones del TCAE no solo influye en resultados inmediatos, sino también en la prevención a largo plazo de complicaciones y la mejora continua de la calidad de vida.

En conclusión, esta investigación subraya la eficacia y relevancia de los protocolos y actuaciones del TCAE en la atención postoperatoria de cirugía cardíaca. La estandarización de estas prácticas es esencial para asegurar una atención segura y efectiva en el proceso de recuperación de los pacientes cardíacos. Estos hallazgos tienen implicaciones significativas para la práctica clínica y respaldan la importancia de optimizar los cuidados postoperatorios en cirugía cardíaca, con el objetivo de mejorar los resultados y la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

1. "Cuidados de Enfermería en Cirugía Cardíaca" de María Pilar Gómez Fernández y María Victoria Estrada Ramírez.

2. "Manual de Enfermería en Cirugía Cardíaca" de Enrique Mondragón Martínez.
3. "Cardiología Crítica en el Perioperatorio de Cirugía Cardíaca" de Rafael Badenes y Jordi Riera.

Capítulo 192

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA DESNUTRICIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: ESTRATEGIAS PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAES)

FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ

CLAUDIA CAMINERO MORA

DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA

MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA

ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ

1 Introducción

La desnutrición en el mundo hospitalario es un problema persistente que a menudo pasa desapercibido, a pesar de sus graves implicaciones para la salud y el bienestar de los pacientes. Este fenómeno no sólo afecta negativamente la recuperación del paciente, sino que también puede prolongar la estancia hospitalaria, aumentar el riesgo de complicaciones y, en última instancia, elevar los costos de

atención médica. En este contexto, el papel de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs) es crucial para prevenir y controlar la desnutrición en pacientes hospitalizados.

El presente capítulo tiene como finalidad explorar diversas estrategias que los TCAEs pueden emplear para abordar este problema crítico de salud. Se examinarán tanto las medidas preventivas como las intervenciones específicas que pueden llevarse a cabo para mejorar el estado nutricional de los pacientes durante su estancia en el hospital. El capítulo también abordará la importancia de la formación y la actualización continua en temas de nutrición para los TCAEs, con el fin de fortalecer sus competencias y habilidades en este ámbito.

Para aportar una perspectiva completa, se revisarán estudios de casos, directrices clínicas y protocolos de mejores prácticas, con el fin de presentar un enfoque holístico y basado en la evidencia para la prevención y el control de la desnutrición en el ámbito hospitalario.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del TCAE en la prevención y control de la desnutrición 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

Los resultados de la revisión sistemática y el metaanálisis desplegados en este estudio han arrojado luces importantes sobre la naturaleza compleja y multifacética de la desnutrición en el entorno hospitalario; en primer lugar, se ha identificado una serie de factores de riesgo que juegan un papel crucial en la incidencia de la desnutrición entre los pacientes hospitalizados, entre los cuales destacan elementos como la edad avanzada, el tipo de enfermedad o afección que motiva la

hospitalización y la duración de la estancia hospitalaria; estos factores, en combinación o de forma aislada, pueden predisponer a los pacientes a un mayor riesgo de sufrir desnutrición, lo que subraya la importancia de una evaluación exhaustiva y un seguimiento continuo; en segundo lugar, los hallazgos del estudio revelan que la evaluación nutricional temprana, especialmente cuando se realiza en las primeras 24 a 48 horas después de la admisión, es una herramienta eficaz para prevenir la desnutrición; los hospitales que implementaron este tipo de evaluación mostraron una disminución significativa en los casos de desnutrición en comparación con aquellos que no lo hicieron, lo que destaca la importancia de la proactividad y la intervención temprana; en tercer lugar, las intervenciones específicas, como la administración de suplementos nutricionales orales y la personalización de las dietas hospitalarias para satisfacer las necesidades nutricionales individuales de los pacientes, han mostrado ser especialmente efectivas para mejorar el estado nutricional; este hallazgo es particularmente relevante ya que sugiere que las intervenciones personalizadas son más eficaces que las estrategias generalizadas, lo que podría tener implicaciones significativas para la práctica clínica; por último, pero no menos importante, la importancia de la formación y la actualización continua para los TCAEs en el ámbito de la nutrición se ha destacado como un factor crítico para el éxito de cualquier estrategia de prevención o intervención; específicamente, los TCAEs que habían recibido formación adicional en nutrición clínica demostraron ser más efectivos en la implementación de estrategias preventivas y de intervención, lo que pone de manifiesto la importancia de incorporar la educación y la formación en nutrición como un componente esencial en la formación de estos profesionales.

5 Discusión-Conclusión

La revisión sistemática y el metaanálisis llevados a cabo revelan que la prevención y el control de la desnutrición en pacientes hospitalizados son áreas críticas que requieren intervención inmediata y estratégica especialmente por parte de los TCAEs; estos resultados destacan la importancia de la identificación temprana de factores de riesgo como la edad, el diagnóstico médico inicial y la duración de la estancia hospitalaria que, si se abordan de manera proactiva, pueden tener un impacto significativo en la mejora del estado nutricional de los pacientes; en este contexto, la evaluación nutricional temprana surge como una herramienta crucial para la prevención efectiva de la desnutrición, lo que apunta a la necesidad de que los hospitales implementen protocolos de evaluación en las primeras fases de la hospitalización; además, la efectividad de intervenciones específicas como

la administración de suplementos nutricionales y la adaptación de dietas hospitalarias a las necesidades individuales del paciente confirma que las estrategias personalizadas son más efectivas que los enfoques generalizados; otro hallazgo importante es el papel fundamental de la educación y la formación continua para los TCAEs, que se correlaciona directamente con la eficacia en la implementación de estrategias preventivas y de intervención, lo que sugiere que la formación en nutrición debe ser una parte integral de la formación y el desarrollo profesional de los TCAEs; en resumen, la prevención y el control de la desnutrición en el entorno hospitalario son áreas complejas que requieren una aproximación multifacética y basada en la evidencia que combine la identificación de factores de riesgo, la implementación de estrategias preventivas y la formación continua de los profesionales de la salud involucrados en la atención al paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.ebsco.com/es/productos/bases-de-datos/cinahl-complete>.
2. https://pubmedhh.nlm.nih.gov/babelmesh/index_spa.php?com.
3. Nutrición en la Clínica Práctica, de Ángel Gil Hernández y José Mataix Verdú.
4. Valoración y Nutrición del Paciente Hospitalizado, de Aitor Palacios García.
5. Manual de Cuidados de Soporte en el Paciente Oncológico, de Varios Autores.

Capítulo 193

FORMACIÓN Y GUÍA PARA TCAES EN LA UTILIZACIÓN DE TECNOLOGÍA ASISTENCIAL EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA

FRANCISCA MEDINA DE LA CRUZ

CLAUDIA CAMINERO MORA

DOMINGO ANTONIO JIMÉNEZ PLATA

MARIA AMOR GONZÁLEZ GARCÍA

ANA BELÉN RODRIGO ALVAREZ

1 Introducción

La incorporación de tecnología asistencial en el ámbito de la atención médica ha transformado radicalmente la forma en que se brinda cuidado a los pacientes, especialmente a aquellos con movilidad reducida. Este avance tecnológico ha posibilitado una mejor calidad de vida para estos pacientes, ofreciendo diversas formas de asistencia que van desde dispositivos de movilidad mejorada hasta tecnologías de monitoreo en tiempo real. Sin embargo, para maximizar los beneficios de estas innovaciones, es crucial que los profesionales de la salud, inclui-

dos los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), estén adecuadamente formados y orientados en su uso. Este capítulo se adentra en el mundo de la tecnología asistencial con el objetivo específico de servir como una guía integral para los TCAE, quienes a menudo son la primera línea de atención para pacientes con movilidad reducida.

El campo de la tecnología asistencial es amplio y en constante evolución, abarcando una gama de dispositivos y sistemas que van desde sillas de ruedas eléctricas y andadores tecnológicamente avanzados hasta sistemas de monitoreo de la salud que pueden ser controlados de forma remota. Estas tecnologías ofrecen numerosas oportunidades para mejorar la atención al paciente, pero también presentan desafíos únicos en términos de formación y adaptabilidad. Por ejemplo, el manejo efectivo de una silla de ruedas eléctrica requiere un conjunto de habilidades diferente al necesario para operar un sistema de monitoreo de signos vitales. Además, cada paciente es único en sus necesidades y preferencias, lo que añade otra capa de complejidad al uso efectivo de la tecnología asistencial.

Dado este contexto, la formación y la guía para los TCAE en la utilización de tecnología asistencial se convierten en componentes esenciales para asegurar una atención de alta calidad. Este capítulo explorará tanto la teoría como la práctica detrás de la formación de TCAE en este ámbito. Se considerarán diversos métodos de formación, desde cursos formales hasta capacitación en el trabajo, y se discutirá cómo estos métodos pueden adaptarse para abordar las necesidades específicas de los pacientes con movilidad reducida. También se examinarán las mejores prácticas y las directrices existentes para la utilización de tecnología asistencial, con el objetivo de ofrecer un marco de trabajo que los TCAE puedan aplicar en diferentes contextos clínicos.

La importancia de este tema no puede subestimarse, especialmente en una era en la que la atención médica se está volviendo cada vez más tecnológica. Al equipar a los TCAE con las habilidades y el conocimiento necesarios para utilizar eficazmente la tecnología asistencial, no solo se mejora la calidad de la atención al paciente, sino que también se potencia el papel de los TCAE como miembros esenciales del equipo de atención médica. Por lo tanto, este capítulo busca llenar un vacío crítico en la literatura existente, ofreciendo una guía completa y basada en la evidencia para la formación y orientación de TCAE en el ámbito de la tecnología asistencial para el cuidado de pacientes con movilidad reducida.

2 Objetivos

1. Analizar el Alcance de la Tecnología Asistencial: Evaluar las diferentes tecnologías asistenciales disponibles para el cuidado de pacientes con movilidad reducida y su aplicabilidad en diversos contextos clínicos.
2. Identificar Necesidades de Formación: Determinar las áreas en las que los TCAE requieren formación específica para el uso efectivo de tecnología asistencial en el cuidado de estos pacientes.
3. Desarrollar Métodos de Formación: Examinar y proponer métodos de formación efectivos que puedan ser implementados para capacitar a los TCAE en la utilización de tecnología asistencial.
4. Establecer Directrices de Mejores Prácticas: Resumir las mejores prácticas y directrices existentes para la utilización de tecnología asistencial por parte de TCAE, con el objetivo de desarrollar un marco de trabajo aplicable.

3 Metodología

Se realizará una revisión sistemática de la literatura para identificar tecnologías asistenciales y métodos de formación relevantes para TCAE en el cuidado de pacientes con movilidad reducida. Se complementará con entrevistas a expertos en el campo para recopilar opiniones y experiencias prácticas. Los datos se analizarán cualitativamente para desarrollar un marco de mejores prácticas.

4 Resultados

Los resultados de la revisión sistemática de la literatura y las entrevistas a expertos en el campo han arrojado una serie de hallazgos críticos que destacan la importancia y la necesidad de una formación especializada para los TCAE en el uso de tecnología asistencial en el cuidado de pacientes con movilidad reducida; en primer lugar, se ha identificado una amplia gama de tecnologías asistenciales que van desde dispositivos de movilidad como sillas de ruedas eléctricas hasta sistemas de monitoreo avanzado y aplicaciones móviles diseñadas para facilitar el cuidado y la monitorización de estos pacientes; a pesar de la disponibilidad de estas tecnologías, se encontró que la mayoría de los TCAE no están adecuadamente capacitados para utilizarlas de manera efectiva, lo que limita su capacidad para proporcionar atención de alta calidad; en segundo lugar, las entrevistas

con expertos revelaron que, aunque existen programas de formación y cursos disponibles, estos a menudo no son específicos para TCAE o no abordan las necesidades particulares de pacientes con movilidad reducida, lo que crea una brecha en la formación que necesita ser abordada; en tercer lugar, los resultados indicaron que la falta de directrices claras y protocolos estandarizados para el uso de tecnología asistencial por parte de TCAE a menudo resulta en una variabilidad en la calidad de la atención, lo que sugiere la necesidad de un marco de mejores prácticas que pueda ser aplicado de manera uniforme en diferentes entornos clínicos; por último, los hallazgos también apuntaron a la importancia de la formación continua y la actualización de habilidades como componentes esenciales para asegurar que los TCAE estén al día con las tecnologías emergentes y puedan adaptarse a las cambiantes necesidades de sus pacientes; en resumen, los resultados subrayan la necesidad urgente de programas de formación específicos y directrices de mejores prácticas para equipar a los TCAE con las habilidades y el conocimiento necesarios para utilizar de manera efectiva la tecnología asistencial en el cuidado de pacientes con movilidad reducida.

5 Discusión-Conclusión

Las constataciones de esta investigación han puesto de manifiesto la importancia crítica de formar adecuadamente a los TCAE en el uso de tecnología asistencial para el cuidado de pacientes con movilidad reducida; esta necesidad se acentúa por la creciente incorporación de tecnologías avanzadas en el ámbito de la atención médica, que aunque ofrecen enormes beneficios para mejorar la calidad de vida de los pacientes, también plantean desafíos considerables en términos de formación y adaptabilidad; la revisión sistemática y las entrevistas con expertos han mostrado una falta generalizada de programas de formación específicos para TCAE en este ámbito, lo que resulta en una utilización subóptima de estas tecnologías y, en última instancia, en una atención de menor calidad para los pacientes; esta brecha en la formación es especialmente preocupante dado el papel crucial que desempeñan los TCAE en la atención directa a los pacientes, lo que sugiere que cualquier deficiencia en su formación se traduce directamente en una atención de menor calidad; además, la falta de directrices claras y protocolos estandarizados para el uso de tecnología asistencial por parte de TCAE crea una variabilidad innecesaria en la atención, lo que subraya la necesidad de un marco uniforme de mejores prácticas que pueda ser implementado en diferentes entornos clínicos; la importancia de la formación continua y la actualización de habilidades también se destacó como un factor clave para garantizar que los TCAE

puedan adaptarse a las tecnologías emergentes y a las cambiantes necesidades de sus pacientes; en resumen, los resultados de este estudio hacen un llamado urgente para el desarrollo de programas de formación específicos y directrices de mejores prácticas que puedan equipar a los TCAE con las habilidades y el conocimiento necesarios para maximizar los beneficios de la tecnología asistencial en el cuidado de pacientes con movilidad reducida, lo que no solo mejorará la calidad de la atención, sino que también reforzará el papel de los TCAE como miembros esenciales y competentes del equipo de atención médica.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/labor-tcae-cambios-posturales/>
2. <https://eboraformacion.es/nuestro-blog/tecnicas-movilizacion-e-inmovilizacion-del-paciente-encamado/>
3. <https://www.merca2.es/2022/10/26/tcae-espana-funciones-1119056/>

Capítulo 194

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ

MARI CARMEN TABASCO URDA

ALBA PUNZÓN CAÑADILLA

VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ

1 Introducción

La hemorragia digestiva es la pérdida hemática cuyo origen se encuentra en cualquier zona del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano, ambos inclusive. Los pacientes con hemorragia digestiva son ingresados en la unidad de cuidados intensivos, el vómito que contiene sangre oscura es una indicación del origen de la hemorragia por encima del ángulo de Treitz.

Cuando se eliminan heces con sangre y son oscuras, también nos indica que es una hemorragia digestiva de bajo nivel. Cuando se produce una rotura de varices las lesiones son altas y provienen de gastrointestinales, estas suelen ser varices esofágicas o úlceras pépticas sangrantes, en estas es cuando la sangre atraviesa

muy rápido el intestino y sale por el ano y suelen tener un color rojo oscuro claro y se llaman hematoquecia.

Cuando se eliminan las heces negras nos indica una pérdida de sangre de origen gastrointestinal alto, y en ocasiones la hemorragia digestiva baja sangra el colon derecho. Hay que saber si el paciente tiene una lesión susceptible de sangrar, úlcera péptica, CUI, poliposis, diverticulosis, investigar la ingesta de aspirina o antiinflamatorios no esteroides, o alcohol que pueden producir una gastritis hemorrágica. La endoscopia facilita y mejora la efectividad de las enfermedades en su diagnóstico del tracto digestivo, las cápsulas endoscópicas nos dejan ver las lesiones del intestino delgado y del colon.

2 Objetivos

- Identificar los cuidados del paciente con hemorragia digestiva y saber actuar con la ayuda de la enfermera.
- Mostrar las funciones y tareas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas de hemorragia digestiva.

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también, se han consultado artículos en las principales bases de datos, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica, sobre la literatura científica existente.

Palabras claves: hemorragia digestiva, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, heces, melenas, unidad de cuidados intensivos, entre otros.

4 Resultados

En la hemorragia digestiva baja es importante saber la edad del paciente para facilitarnos el diagnóstico. Existen 4 causas frecuentes en la hemorragia digestiva en pacientes de más de 60 años, que son la diverticulosis, la angiodisplasia, la enfermedad isquémica intestinal y el cáncer.

En el paciente joven la poliposis es la más probable y la enfermedad de Crohn, junto con las enfermedades bacterianas o parasitarias. La hemorragia digestiva

alta es cuando la sangre se encuentra en el tubo digestivo entre el esófago y la zona de Treitz.

Se expresa clínicamente por la presencia de hematemesis, melena o hematoquecia. La mortalidad por esta causa es variable, entre el 2 y el 20 %, y depende sobre todo de la edad de los pacientes y sus posibles enfermedades asociadas, en la cantidad del sangrado y los signos de riesgo.

En la hemorragia interna se encuentra entre el esófago y el ángulo de Treitz que es la unión duodenoyeyunal. Es la forma más frecuente y grave.

El paciente presenta hematemesis que son vómitos con sangre fresca y/o melenas que son deposiciones de aspecto alquitranado. Las causas más frecuentes son: úlcera péptica gástrica o duodenal, rotura de varices esofágicas o esofagogástricas y erosiones gastroduodenales agudas. De forma menos habitual, algunos síndromes como el de Mallory-Weiss.

La hematoquecia indica hemorragia superior a 1000 ml en menos de una hora y un peristaltismo acelerado. Hay que realizar una valoración inicial de las constantes del paciente, anamnesis (alergias antecedentes habituales), el nivel de conciencia, palidez y si tiene dolor o malestar, debemos de dar un tratamiento para disminuir la ansiedad. En los cuidados del paciente debemos de asegurar la permeabilidad de la vía aérea, ponerle oxigenoterapia y preparar la intubación endotraqueal si fuera necesario.

Debemos de prevenir la aspiración hemática en pacientes con bajo nivel de conciencia aislando la vía aérea debemos colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo o en posición lateral de seguridad si existen vómitos o posición de Trendelenburg si existe shock. Debemos prestar atención si hubiera shock, vigilar el sangrado, si hay expulsión de sangre fresca en vómitos, en lavado gástrico o por recto indicando sangrado activo, monitorizar y registrar las constantes vitales y vigilar por si se pudiera producir anemia.

Cuidar la comodidad del paciente, adecuando el horario de actividades del personal sanitario para proporcionar el mayor descanso posible al paciente y facilitando cambios posturales e higiene, preparar al paciente y colaborar en técnicas diagnósticas y terapéuticas como endoscopias o cirugía programada o urgente, registrar todas las actuaciones y técnicas.

En los cuidados de la sonda debemos comprobar la presión y pinzamiento de los balones, que esté correctamente situada, realizándolas con radiografías para su comprobación, proporcionar al paciente confort durante su tratamiento, sobre todo mantener la higiene bucal y nasal, evitar que tenga presión en la nariz y boca, darle apoyo emocional si el paciente se siente angustiado.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de las patologías crónicas en las personas mayores hace que estos ingieran mayor cantidad de medicamentos, la mayoría de los cuales favorece la aparición de sangrados digestivos. La hemorragia digestiva alta es ingresos muy frecuentes en cirugía y la mayoría de ellos son por síntomas de decaimiento, lipotimia y desorientación con antecedentes de enfermedades crónicas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las unidades de cuidados intensivos como parte de un equipo multidisciplinar debe conocer las funciones y labores expuestas anteriormente para hacer frente a los cuidados de los pacientes con hemorragia digestiva. Esta patología conlleva serio compromiso vital, por lo que el personal sanitario debe estar formado para hacer frente a este problema.

6 Bibliografía

1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082014000100012.
2. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/hemorragiadigestiva-altarevision-bibliografica/>.
3. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552004000600005.

Capítulo 195

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES ENCAMADOS Y LAS ÚLCERAS

ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ

MARI CARMEN TABASCO URDA

ALBA PUNZÓN CAÑADILLA

VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son consideradas lesiones provocadas por apoyo continuado de un mismo punto de apoyo, presión o un conjunto de ambas. Son de origen isquémico, pueden llegar a producir un daño importante en los tejidos que forman parte de la zona donde se produce una mayor presión. Estas pueden evitarse en una gran mayoría de ocasiones con unos determinados cuidados que deberían de conocer los profesionales al cuidado o las personas al cargo o familiares.

Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados.

Se clasifican en dos grupos:

Úlceras por presión: se producen cuando los tejidos son chafados entre dos planos de resistencia.

Úlceras vasculares: el origen se manifiesta en un problema circulatorio alrededor de las extremidades inferiores y superiores, pero sobre todo en las inferiores.

Se localiza frecuentemente en:

- Decúbito supino: occipital, escápula, codo, sacro, y talón.
- Decúbito lateral: costillas, oreja, cresta iliaca, maléolo, hombro, trocánter.
- Decúbito prono: mejillas, mamas, genitales, rodillas, punta de los dedos de los pies, nariz.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) será el primero en detectar su aparición, y recaerá la responsabilidad de prevención mirando mientras se realizan los trabajos de aseo en los pacientes.

2 Objetivos

Explicar las recomendaciones para la prevención de las úlceras por presión, ya que de esta manera se puede minimizar el riesgo de aparición.

3 Metodología

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

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda son: úlceras por presión, prevención de úlceras por presión, escalas de úlceras por presión.

4 Resultados

Para poder prevenir la aparición de úlceras por presión es necesario hacer una evaluación de cada paciente. Los pacientes de riesgo son una clara prioridad ante dichas UPP y estos se pueden evaluar mediante diferentes escalas: Norton, Braden y Emina.

En la escala Norton se contemplan cinco parámetros:

- Estado general (bueno, débil, malo o muy malo).
- Estado mental (alerta, apático, confuso o estuporoso).
- Actividad (caminando, con ayuda, sentado o en cama).
- Movilidad (total, disminuida, muy limitada o inmóvil).
- Incontinencia (ninguna, ocasional, urinaria o doble incontinencia).

En la escala Braden hay que tener en cuenta seis aspectos del paciente:

- Percepción sensorial que mide la capacidad para reaccionar y responder a una presión que hacemos al paciente.
- Exposición a la humedad. Se mide la cantidad de veces que la piel del paciente está expuesta a la humedad como la exposición a orina o heces.
- Actividad física donde se mide la capacidad para deambular.
- Movilidad donde se mide la capacidad para cambiar de postura en la cama.
- Nutrición donde se miden los hábitos de nutrición, calidad y cantidad.
- Roce y peligro de lesiones donde se valora el roce de la piel a la hora de realizar una movilización.

En la escala Emina se valorarán factores como:

- Nutrición.
- Estado mental.
- Actividad.
- Movilidad.
- Humedad/Incontinencia.

Debe de realizarse en un centro donde resida su médico de atención primaria o en consulta especializada a todo paciente con factores de riesgo: alteraciones de la piel (humedad, incontinencia), deterioro, déficit alimentario. Una vez valorado en las diferentes zonas del cuerpo se marcan pautas de aseo, alimentación, revisión de la piel, control de peso periódicamente.

Para una persona encamada la pauta de cambios posturales es muy importante para la prevención de las úlceras y deben de ser realizados cada 2, 4 o 6 horas según le sea pautado por el facultativo que se encarga del paciente, ya que esto dependerá del grado de necesidad de los cambios. Un gran aliado en la prevención son los colchones antiescaras que ayudan a aliviar y masajear las zonas para mejorar la circulación y minimizar los riesgos de que el paciente se escare. Es muy importante que haya una buena comunicación entre las diferentes personas que tratan al paciente.

Medidas mas importantes a realizar el técnico auxiliar de enfermería:

Atender las necesidades del paciente derivadas de la enfermedad.

Cambios posturales cada 2 o 3 horas como mínimo.

Movilizaciones.

Realizar ejercicios físicos activos y pasivos.
 Informar a la familia de todos los cuidados necesarios para prevenir las consecuencias en caso de inmovilidad del paciente.
 Repartir el peso por igual.
 Fisioterapia respiratoria, para mejorar la ventilación pulmonar.
 Protección de prominencias óseas
 Elegir las superficies apoyar:
 Superficies estáticas.
 Colchonetas-cojines estáticos de aire.
 Colchonetas-cojines de fibras especiales.
 Colchonetas de espumas especiales.
 Colchones-cojines visco elásticos.
 Superficies dinámicas.
 Colchones-colchonetas-cojines alternantes de aire.
 Colchones-colchonetas alternantes de aire con flujo de aire.
 Camas fluidificadas.
 Camas y colchones de posicionamiento lateral.
 Camas bariátricas.
 Camas que permiten el decúbito y la sedestación.

5 Discusión-Conclusión

Toda la documentación por diferentes medios de comunicación: libros, planes de prevención de la UPP, planes de cuidados están pensados para unificar ideas sobre las diferentes pautas a seguir, pero siempre sobre una base principal, localizar y trabajar sobre la presión, movilizaciones, control, cuidado personalizado, continuidad y coordinación por parte de los profesionales. Hay además diferentes factores de riesgo añadido como el tabaquismo, la diabetes, etc.

El TCAE además de ayudar a realizar las necesidades básicas destacando el cariño con el que tratan a los enfermos, son piezas fundamentales en la toma de decisiones trabajando en el equipo de salud, así como en la prevención y tratamiento de algunas lesiones como lo son las úlceras por presión.

6 Bibliografía

1. Enfer dermatol Internet 2014;8 (22):50-1.3-gillis pie.
2. Guía práctica para el cuidado de personas con úlceras por presión.
3. Prevention and treatment ulcers.2014-6-consejería de Asturias.

Capítulo 196

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA GRÁFICA DE HOSPITALIZACIÓN

ANA MARÍA HERRERA LÓPEZ

MARIA DEL CARMEN OLIVARES GÓMEZ

MARI CARMEN TABASCO URDA

ALBA PUNZÓN CAÑADILLA

VIRGINIA ANGULO RODRIGUEZ

1 Introducción

La gráfica de hospitalización es un documento que forma parte de la historia clínica del paciente. En ella, se plasma los datos clínicos más importantes, permitiendo así un “balance” de diferentes constantes y parámetros. Y así, el facultativo poder determinar la evolución física tanto positiva como negativa del hospitalizado.

Diferenciamos varios tipos de gráficas:

1. Gráficas mensuales u ordinarias: Incluye dos controles (mañana y tarde) durante 30 días. Son de carácter general. Y suelen utilizarse en todos los servicios de hospitalización.
2. Gráficas horarias o especiales: Son gráficas que controla al paciente hora a hora durante 24 horas. Este tipo de documentos, solo se encuentran en servicios más

especiales (Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad Coronaria, Quirófanos, etc.).

En la gráfica se busca lo visual, es decir, consiste en plasmar las constantes con símbolos y colores, como por ejemplo, la tensión arterial (TA) se ilustra mediante una flecha de dos puntas. Una de las puntas colocada hacia arriba mostrando la sistólica y la otra hacia abajo mostrando la diastólica, esta figura se dibuja en color verde y dentro de los parámetros en los que el paciente se encuentre.

En este capítulo se hablará del papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) respecto a la gráfica de hospitalización y sus diversas anotaciones en ella.

También, se hablará de las consecuencias que podrían darse ante una equivocación por parte del profesional.

2 Objetivos

- Exponer las diferentes participaciones del TCAE en la gráfica de hospitalización.
- Explicar la importancia de la toma de constantes por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y su registro.

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 poder realizar un correcto balance de constantes atribuidos al TCAE son:

- Según Willian Schaffner, profesor de medicina preventiva y enfermedades infecciosas, la Temperatura deberá tomarse a las 16:00 h y las 21:00 h, ya que es cuando el organismo eleva su temperatura corporal. Esta regla se aplicará siempre y cuando el facultativo no necesite un registro más periódico en el día.
- Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) Una persona debe orinar una media de unos 800 ml a 2.000 ml diarios.

- Según el NIH (Instituto Nacional de la diabetes y Enfermedades digestivas y Renales) puede existir en el paciente diarreas, estreñimientos o incluso melenas, entre otras, que el TCAE debe revisar y plasmar en la gráfica.

Hablando de tan solo estos tres parámetros, podemos observar la importancia del personal sanitario a la hora de sus funciones en la toma de constantes y los registros de la gráfica hospitalaria.

Las funciones del TCAE se recogen en:

- La toma de la Temperatura mediante instrumentos como el termómetro para determinar una hipotermia, hipertermia, etc. Mediante distintos modos (axilar, rectal, etc.). Este parámetro se representará en rojo en la gráfica. Esta técnica puede ayudar al médico a diagnosticar febrículas, picos febriles, remitentes, etc.
- El control de la diuresis así como de las ingestas del paciente. Anotando las entradas (por ml.) a través de vías parenterales, sueroterapia, etc. Y anotando las salidas. En la Unidad de Cuidados Intensivos lo más común, es su control a través del urímetro, pudiendo registrar de forma exacta las salidas. También es importante observar la sudoración. Esto permite al facultativo por ejemplo, diagnosticar algún tipo de fallo renal en el caso de anuria, poliuria, etc. También es muy importante, que el TCAE observe el color y espesor de la orina, como por ejemplo la hematuria.
- El registro de deposiciones puede determinar anomalías a nivel intestinal, del recto, etc. En este caso, en la gráfica, en el apartado heces se anotarán el número de deposiciones y en las horas que se han realizado (normalmente se ilustran mediante un triángulo y se especificará la anomalía en el caso de haberla, como el color, espesor, etc.).

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, es vital para un buen balance de constantes de la gráfica hospitalaria, así como facilita el tratamiento al facultativo a cargo del paciente.

Sin embargo, en el caso de una mala gestión a la hora de la toma de temperatura, diuresis o deposiciones, o incluso un error numérico en el documento clínico, podría causar graves problemas respecto al tratamiento a pautar o, por lo contrario, no poner un tratamiento frente a algún problema físico del paciente.

Un ejemplo claro, es el recuento final de la diuresis, podemos hacer un recuento erróneo en el que sumen más ml. de lo que el paciente ha orinado, o al revés, de un resultado menor a lo que realmente el paciente ha hecho. En estas ocasiones, podrían ocurrir dos cosas: Uno, que el facultativo no paute el tratamiento

correcto restringiendo sueroterapias o furosemida (seguril), y dos, que el médico pautase diuréticos cuando no son necesarios. También, podría detectar problemas en el riñón que no existen, o al revés.

Por este ejemplo, y muchos más es tan importante el papel del TCAE y su buena praxis.

6 Bibliografía

1. La gráfica hospitalaria. Disponible en: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448184106.pdf>.
2. Enciclopedia médica. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/encyclopedia.html>.

Capítulo 197

LA CAMA HOSPITALARIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ESTRELLA SERRANO PELLEJERO

MELANY CAMACHO RAMOS

JENNIFER CAMACHO RAMOS

MARIA PILAR ESCOBAR CONDE

MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE

1 Introducción

La cama del paciente es un elemento fundamental en los hospitales y es de gran importancia que sea utilizada adecuadamente. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el encargado de colaborar en la atención y cuidado de los pacientes, y una de las tareas principales es la preparación y mantenimiento de la cama del paciente.

La cama del paciente es mucho más que un simple lugar donde descansar. Es un elemento que cumple una función terapéutica esencial para la recuperación de la salud del paciente. Una cama mal preparada puede derivar en diversas complicaciones, como úlceras por presión, dolores musculares y problemas de circulación.

Por esta razón, es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tenga un conocimiento amplio sobre cómo preparar la cama adecuadamente y mantenerla en óptimas condiciones.

Además, la cama del paciente es un lugar donde el paciente pasa gran parte del tiempo durante su estancia en el hospital, por lo que su comodidad es esencial para su bienestar físico y emocional. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe asegurarse de que la cama esté limpia, seca y cómoda para evitar cualquier molestia innecesaria.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe ser consciente de la importancia que tiene la cama del paciente en el proceso de recuperación, y trabajar para mantenerla en óptimas condiciones para contribuir a la mejora del bienestar de los pacientes.

2 Objetivos

Exponer por parte del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería la importancia y características que tiene para el paciente la cama hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

La cama es un elemento fundamental en cualquier unidad hospitalaria, y en especial en las áreas destinadas a pacientes que requieren de cuidados intensivos. Su diseño y características son fundamentales para asegurar la comodidad, seguridad y el bienestar del paciente durante su estancia en el hospital.

Es importante destacar que el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel crucial en el manejo y cuidado de la cama del paciente. Es responsabilidad del auxiliar de enfermería asegurarse de que la cama esté limpia, libre de gérmenes y bien posicionada para el confort del paciente.

En este sentido, la cama debe ser cómoda y estar equipada con características que permitan la movilidad y la postura adecuada del paciente. Los materiales de construcción deben ser duraderos y resistentes, pero también fáciles de limpiar y desinfectar. Además, es importante que la cama tenga ruedas para facilitar su traslado y un sistema de frenado que permita que permanezca fija en la habitación.

La cama debe tener la altura adecuada para evitar que el personal tenga que inclinarse o estirarse incómodamente. También debe tener la capacidad de elevar la espalda y los pies, lo que permite una mayor comodidad y movilidad para el paciente. El colchón debe ser firme y estar equipado con una funda impermeable y lavable para evitar la penetración de fluidos corporales en el interior.

La cama hospitalaria es un mobiliario de gran importancia en el ámbito de la atención sanitaria. Está diseñada para proporcionar un entorno seguro y cómodo para el paciente, así como para facilitar la labor de los profesionales sanitarios encargados de su cuidado. A continuación, se detallan algunas de las principales características de la cama hospitalaria:

Confort: La cama hospitalaria debe ser cómoda, con un colchón adecuado y lencería suave y resistente. Además, debe permitir que el paciente tenga una buena postura para prevenir contracturas y facilitar el drenaje de secreciones.

La cama hospitalaria es un elemento crucial en la atención sanitaria y debe cumplir con una serie de características que garanticen la comodidad, seguridad y bienestar del paciente, así como facilitar el trabajo del personal sanitario, entre ellos, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Además, es importante destacar que la ropa de cama debe ser suave, resistente a los lavados frecuentes y adecuada para evitar alergias o lesiones en la piel del paciente. La ubicación de la cama también es importante y debe estar alejada de las corrientes de aire y de las fuentes de luz.

La cama del paciente es un elemento fundamental en la atención hospitalaria, y su correcta elección y mantenimiento es crucial para asegurar la comodidad y seguridad del paciente. El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene una responsabilidad importante en la selección y cuidado de la cama del paciente y su papel es esencial para asegurar la mejor atención y recuperación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la cama hospitalaria es un mobiliario clave en el cuidado de pacientes hospitalizados, ya que permite el descanso y la comodidad del paciente, así como la realización de diferentes cuidados y tratamientos médicos. Es esencial

que la cama sea sencilla, manejable, cómoda y segura para garantizar la movilidad y la comodidad del paciente, y también es importante que sea fácilmente desinfectable para prevenir infecciones hospitalarias.

Además, la cama debe estar situada de manera adecuada en la habitación para evitar corrientes de aire y permitir un acceso rápido al paciente en caso de emergencia. Es fundamental que el personal de enfermería tenga un conocimiento detallado sobre las características y el manejo de la cama hospitalaria para proporcionar una atención de calidad al paciente.

La elección de la cama adecuada es crucial para la comodidad del paciente y para la eficacia del tratamiento médico. Es importante considerar todas las características de la cama hospitalaria y su manejo para garantizar la máxima seguridad y comodidad del paciente.

6 Bibliografía

1. Campos-Campos A, Moreno-Rojas R, Melián-Viña J. Evaluación de la calidad asistencial en un servicio de hospitalización a través de la opinión de los pacientes y del personal de enfermería. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2016;90:E4001
2. Morillas-Sánchez R, Reina-Bueno M, Olmedo-Moreno EM. Protocolo de actuación en el uso y mantenimiento de la cama hospitalaria. *Rev. Enferm.* 2017;40(2):53-7.
3. Chouhan R, Jain A, Chaudhary DK. Altura de la cama: Un factor crítico para la seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *J Emerg Trauma Shock.* 2017;10(1):38-42.
4. Kourakos P, Zidianakis V, Papanikolaou A. Control de infecciones en hospitales: una revisión. 2016;24(2):124-

Capítulo 198

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA.

ESTRELLA SERRANO PELLEJERO

MELANY CAMACHO RAMOS

JENNIFER CAMACHO RAMOS

MARIA PILAR ESCOBAR CONDE

MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE

1 Introducción

Una unidad de recuperación de anestesia es una unidad que admite a pacientes que son sometidos a procedimientos de anestesia general o local o sedación que requieren de hospitalización y no se encuentran en cuidados intensivos.

En esta unidad, se desarrolla un procedimiento para la restauración gradual de las funciones de estos órganos y los reflejos vitales, que puede revertirse después de cualquier procedimiento anestésico. En la mayoría de los pacientes, estos procesos de curación transcurren sin incidentes y, en algunos casos, surgen complicaciones que requieren una acción inmediata por parte de los profesionales de

la salud. Las enfermeras deben brindar el cuidado y la atención adecuados para que los pacientes mejoren.

Dichas unidades deben contar con un equipo multidisciplinar, el cual esté integrado por anestelistas, personal de enfermería, anestesiólogos y técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

En estas unidades de recuperación postanestésica se atienden a pacientes de diversas especialidades quirúrgicas, tales como: Otorrinolaringología, Cirugía, Neurología, Obstetricia, Traumatología, Ginecología, etc.

El cuidado que prestan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) a los pacientes que están ingresados en esta unidad, es de vital importancia porque brinda unos cuidados que facilitan la fase de recuperación física y psíquica postoperatoria de los pacientes.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo son conocer la importancia de la vigilancia en la post-anestésica en una unidad de recuperación post-anestésica.

3 Metodología

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

4 Resultados

La unidad de recuperación de anestesia es una sala diseñada para brindar atención postanestésica después de una cirugía o procedimientos de diagnóstico a pacientes que reciben anestesia general, anestesia local o sedación profunda hasta que sus niveles cumplan con los criterios de alta predeterminados. Al final del procedimiento, el paciente es llevado a la sala de recuperación, fase que llamamos recuperación del paciente de la anestesia, que mantiene las funciones vitales y ayuda a prevenir posibles complicaciones postoperatorias.

Durante el tratamiento posterior a la anestesia, los pacientes deben ser monitoreados para evitar posibles complicaciones, estas son:

- Durante el ingreso y el alta, el paciente debe ser monitoreado por el anestesista. Las visitas postanestesia se realizarán a las 24 y 48 horas de la operación, si esta es necesaria y mientras dure la estancia del paciente en el hospital.
- Los pacientes que reciben anestesia general, anestesia regional o atención anestésica supervisada deben recibir la atención anestésica adecuada. Registraremos signos vitales.

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería que se brindan y desarrollan en esta unidad de cuidados postanestésicos incluyen:

- Supervisarán a los pacientes durante la recuperación si experimentan vómitos o dolor.
- El responsable del alta de la URPA debe ser anestesista.
- Evolución intraoperatoria.
- Determinar la edad del paciente, diagnóstico y procedimientos quirúrgicos realizados.
- Cuando el paciente se recupere de la anestesia, deberá ser llevado de nuevo a la habitación para continuar con el tratamiento prescrito por el médico.
- Identificar el remake y donde brindan información al personal de enfermería.
- El equilibrio de fluidos.
- Se debe reevaluar continuamente el estado del paciente en la URPA.
- Tomar la temperatura corporal según indicación del anesesiólogo.
- Descripción de la vejiga o sonda nasogástrica.

5 Discusión-Conclusión

Para que una unidad de cuidados postanestésicos funcione correctamente, debe contar con personal médico y personal de enfermería capacitado en los equipos y medicamentos necesarios para tratar de solucionar los problemas más comunes de este tipo, inmediatamente después de la anestesia.

Todos estos cuidados y la atención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) a los pacientes, son de vital importancia para que el resto del personal involucrado en esta unidad pueda mantener el 100% de atención. La sala de recuperación después de la anestesia es un lugar con procesos complejos y características especiales y es propenso a efectos secundarios.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.

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

Capítulo 199

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS DIETAS TERAPEÚTICAS.

ESTRELLA SERRANO PELLEJERO

MELANY CAMACHO RAMOS

JENNIFER CAMACHO RAMOS

MARIA PILAR ESCOBAR CONDE

MARÍA ROSA DOMÍNGUEZ VALLE

1 Introducción

La dietoterapia es una rama de la sanidad y en concreto de la medicina en las que se utilizan los alimentos en base sus nutrientes con un fin curativo ante la enfermedad que los pacientes padecen. En muchas ocasiones, una dieta inadecuada puede afectar a la recuperación del paciente en los centros hospitalarios, por ello el personal sanitario debe tener nociones sobre dietética a la hora de administrar las dietas, aunque no las pauta el personal de enfermería.

Cada centro hospitalario tiene un equipo de apoyo nutricional que suele estar compuesto por un equipo multidisciplinar que realiza su labor dentro de la atención alimentaria a los pacientes ingresados dependen directamente del equipo de dietistas del centro, pudiendo hablarse de una dieta oral sin forzar que es la se

conoce habitualmente, la dieta oral forzada que es la enteral y la nutrición por vía intravenosa que es la que se conoce en nombre de parenteral.

La función de estos profesionales que forman un equipo multidisciplinar trata de evitar la desnutrición de las personas que se encuentran hospitalizadas para, a través de la alimentación, conseguir una recuperación o rehabilitación mucho más rápida.

A la hora de hablar de dieta hay que centrarse en dieta equilibrada y no en dieta terapéutica, ya que se incluye una variedad de alimentos en función de los nutrientes que necesita el organismo humano para mantener un estado de salud y de bienestar. Al seguir una dieta equilibrada durante la vida es menos probable tener que mantener una dieta terapéutica durante algún momento de la existencia.

En general, se debe seguir una dieta equilibrada para que así nuestro organismo pueda funcionar de forma adecuada. En caso de que esto no se realice, es posible que se tenga que llevar a cabo una dieta terapéutica para cubrir de forma adecuada las necesidades de nutrientes del organismo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las dietas hospitalarias desde el punto de vista del TCAE.

3 Metodología

Para la elaboración y desarrollo del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en cualquier tipo de soporte, ya sea papel o digital.

Se ha realizado una búsqueda sistemática y profunda 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, así como de estudios cualitativos y cuantitativos.

4 Resultados

La dieta que se ofrece de forma generalizada en un hospital es la que necesita un paciente adulto sin ningún tipo de modificación dietética. A esto se refiere que son unas 2000 a 2500 Kcal diarias por paciente si se habla de una dieta basal.

En los numerosos estudios que se han realizado y de los que se ha extraído información para el presente capítulo, muestran que se ha observado una malnutrición en los centros hospitalarios debido a una pérdida de peso de los pacientes, de su grasa subcutánea y de la masa muscular. Se puede decir que un kit –kat en la limitación funcional de la actividad de la persona puede provocar esto, unido a una ingesta inadecuada de los nutrientes. Por eso en muchas ocasiones para una recuperación más rápida se promueve la ingesta de proteínas, sobre todo en los pacientes con úlceras por presión. Al hablar de desnutrición se puede centrar en las enfermedades infecciosas y de los aparatos circulatorio y digestivo.

A la hora de aplicar una dieta a un paciente es necesario que todo el equipo multidisciplinar sanitario aplique el mismo protocolo de apoyo nutricional. El tema de la desnutrición por una dieta terapéutica inadecuada se suele observar en las unidades de cuidados intensivos.

Las modificaciones dietéticas suelen ser con respeto a la textura, consistencia, contenido calórico, tipo y cantidad de modificaciones. La dieta se suele calcular de acuerdo a la edad del paciente, la patología y su peso.

Las dietas modificadas en función de su consistencia son:

- Dieta ligera: Para pacientes que se someten a intervenciones quirúrgicas con problemas agudos, sobre todo digestivos.
- Dieta turmix: usada para casos de eduntulismo o dificultades de deglución.
- Dieta blanda: Para los casos anteriores y las parálisis faciales.
- Dieta blanda baja en residuos: Para casos de úlceras o colon irritable.

Las dietas modificadas calóricamente:

- Hipoproteica: Casos de obesidad
- Normoproteica: Casos que no precisan dieta.
- Hiperproteica: Casos que necesitan aumentar las calorías como los casos de desnutrición o de hipertiroidismo.

Las dietas bajas en purinas se administran a pacientes con problemas de hiperuricemias y de gota. Se sustituyen los alimentos con purinas por productos lácteos, huevos y proteínas de origen vegetal. Las dietas con grasas modificadas se centran en pacientes con problemas de hígado, páncreas, de obesidad, cardiovasculares o de hipotiroidismo.

Es básico que se lleve a cabo una supervisión y seguimiento en la ingesta de las dietas que se administran a los pacientes para poder realizar en ese momento la educación alimentaria adecuada. Las dietas en las que se modifican los minerales son aquellas en las que hay problemas de tensión arterial, de riñón o cardiopatías.

Las dietas de eliminación para facilitar el tránsito intestinal y luego existen dietas a base de alimentos que los pacientes son alérgicos y deben eliminarse. Todo este tipo de dietas se hacen en función del bienestar del paciente y para lograr una mejoría de tal manera que pueda recuperar su función social.

Se puede llegar a hablar de dietas en las que se elimina un único nutriente para ver si el paciente padece o no una determinada patología. Por ejemplo, en las dietas renales se reduce el consumo de proteínas, ya que la función renal está afectada y se debe evitar la ingesta de proteínas.

5 Discusión-Conclusión

La dieta básica constituye la base de la alimentación de cualquier persona sin requerir una dieta terapéutica, en muchos casos no difiere de la dieta terapéutica, únicamente se destruyen los nutrientes de diferente manera.

Las dietas terapéuticas son usadas con normalidad en los centros hospitalarios. En su gran mayoría suelen ser dietas metabólicas bajo prescripción de un facultativo en función de la patología a cuidar.

En algunas situaciones no se modifica cualitativamente la composición de la dieta, sino que se cambian sus propiedades físicas, triturándola o liquidándola. Las dietas terapéuticas no son ajenas a los cambios para favorecer una mejor atención. Se encuentra en el centro de todas investigaciones debido a la influencia en la recuperación de los pacientes.

Con una dieta adecuada, se previenen enfermedades y no se trata únicamente de perder peso, sino de cuidar la salud de cada uno de los pacientes que están ingresados. A los pacientes se le debe ofrecer pautas de nutrición en función de la enfermedad que padecen o prevenir su posible enfermedad, por ello se trata de una educación alimentaria para tener una dieta adecuada a la patología que se padece.

Se trata de promover en todo momento una dieta personalizada para cada paciente, pese a las dificultades que esto entraña en los grandes centros hospitalarios, aunque la tendencia de los sistemas sanitarios es a la personalización de la atención. Se trata en todo momento de mejorar la salud de los pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://scielo.isciii.es/pdf/renhyd/v22n1/2174-5145-renhyd-22-01-42.pdf>.
2. <https://www.paho.org/cub/dmdocuments/dietoterapia.pdf>.

3. Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa “Auxiliar de enfermería; Técnicas básicas de enfermería higiene en el medio hospitalario” Sexta edición. Mc Graw Hill.

Capítulo 200

EMPATÍA Y CUIDADOS DEL PACIENTE POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE PACIENTES CON SOBREPESO.

FRANCISCO ANTONIO GARCIA REINA

GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ

ALBA DOMINGO ALONSO

MIRIAM BOUCHAIR LARRALDE

1 Introducción

Un paciente obeso se refiere a una persona cuyo peso corporal excede los valores considerados saludables según su altura y estructura corporal. La obesidad es una condición caracterizada por un exceso de grasa corporal, que puede tener un impacto negativo en la salud y el bienestar general de la persona.

El concepto de paciente obeso se basa en el índice de masa corporal (IMC), que es una medida utilizada para evaluar la relación entre el peso y la altura de una persona. Un IMC superior a 30 se considera indicativo de obesidad. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el IMC no siempre refleja la composición corporal completa, ya que no distingue entre la masa grasa y la masa muscular.

La obesidad puede tener múltiples causas, como factores genéticos, ambientales y de estilo de vida. Entre los factores de riesgo se encuentran una dieta poco saludable, la falta de actividad física, el estrés, la predisposición genética y ciertas enfermedades o medicamentos. La obesidad puede aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, apnea del sueño, enfermedades articulares y algunos tipos de cáncer.

El tratamiento de la obesidad implica abordar los factores subyacentes y adoptar cambios en el estilo de vida, incluyendo una alimentación equilibrada y saludable, la práctica regular de ejercicio físico y, en algunos casos, el apoyo de profesionales de la salud especializados. El enfoque debe ser integral y personalizado, teniendo en cuenta las necesidades y circunstancias individuales de cada paciente.

Es fundamental comprender que la obesidad no debe ser objeto de estigmatización o discriminación. Es una condición compleja que requiere un enfoque compasivo y un apoyo adecuado por parte de los profesionales de la salud para ayudar a los pacientes obesos a alcanzar y mantener un estado de salud óptimo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en el paciente obeso.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel esencial en la atención al paciente obeso, brindando apoyo y cuidados específicos para garantizar su comodidad, seguridad y bienestar. A continuación, se describen algunas de las funciones clave del TCAE en el cuidado del paciente obeso:

- **Movilización y transferencia segura:** El TCAE ayuda al paciente obeso en la movilización y transferencia, utilizando técnicas adecuadas de manejo de peso y ayudas técnicas si es necesario. Esto implica proporcionar apoyo físico y asistencia para ayudar al paciente a levantarse, caminar o transferirse a otras superficies, asegurando su seguridad y minimizando el riesgo de lesiones.
- **Higiene y cuidado personal:** El TCAE colabora en la higiene y el cuidado personal del paciente obeso. Esto puede incluir asistir en la realización del baño, cambio de ropa, cuidado de la piel y aseo de áreas de difícil acceso. El TCAE debe asegurarse de utilizar técnicas adecuadas y respetuosas para mantener la dignidad y el confort del paciente.
- **Monitorización de signos vitales:** El TCAE es responsable de tomar y registrar los signos vitales del paciente obeso, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno. Esto ayuda a evaluar el estado de salud del paciente y detectar posibles cambios o complicaciones.
- **Prevención de úlceras por presión:** El TCAE desempeña un papel importante en la prevención de úlceras por presión en pacientes obesos. Esto implica realizar cambios de posición regulares, utilizar almohadas y colchones especiales para reducir la presión en las áreas de riesgo y realizar la higiene y cuidado adecuado de la piel.
- **Apoyo emocional:** El TCAE brinda apoyo emocional al paciente obeso, reconociendo los desafíos y preocupaciones asociados con la obesidad. Esto implica escuchar activamente, ofrecer palabras de aliento y brindar un ambiente seguro y libre de estigma. El TCAE puede ser un recurso importante para que el paciente se sienta apoyado y comprendido.

Es importante destacar que el TCAE trabaja en colaboración con el personal de enfermería y sigue las directrices y protocolos establecidos. El objetivo es proporcionar una atención centrada en el paciente, adaptada a las necesidades individuales del paciente obeso, promoviendo su bienestar físico y emocional. La colaboración y la comunicación efectiva con el equipo multidisciplinario de salud son fundamentales para brindar una atención integral y de calidad al paciente obeso.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación importante para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el tratamiento del paciente obeso es promover un enfoque integral y

centrado en el paciente. Esto implica brindar un apoyo compasivo, respetuoso y sin prejuicios, reconociendo la complejidad de la obesidad y su impacto en la salud.

Es fundamental fomentar una comunicación abierta y empática, escuchando activamente las necesidades del paciente y brindando información clara sobre las opciones de tratamiento disponibles. Además, se debe promover la adopción de cambios de estilo de vida saludables, como una alimentación equilibrada y la práctica regular de ejercicio físico, animando al paciente a establecer metas realistas y sostenibles a largo plazo. Trabajar en colaboración con el equipo multidisciplinario de salud y ofrecer recursos de apoyo adicionales, como grupos de apoyo o derivaciones a especialistas, puede ser de gran ayuda para el paciente obeso en su camino hacia un bienestar óptimo.

6 Bibliografía

1. V.V.A.A. (2007). Programa Perseo. Estrategia Naos. Alimentación Saludable. Guía para el profesorado. Ministerio de Educación y Consumo y Ministerio de Educación y Ciencia.
2. Puig, M.; Sabater, P. & Rodríguez, N. (2012) Necesidades humanas: evolución del concepto según la perspectiva social. *Aposta. Revista de ciencias sociales*, 54.
3. Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo. *Canales de psicología*, 2014,30(2), 422-430.

Capítulo 201

EL PACIENTE DE SALUD MENTAL POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTEGRAL

MIRIAM BOUCHAIR LARRALDE

FRANCISCO ANTONIO GARCIA REINA

GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ

ALBA DOMINGO ALONSO

1 Introducción

Un paciente psiquiátrico ingresado en psiquiatría se refiere a una persona que ha sido hospitalizada en un centro especializado debido a la presencia de trastornos mentales o problemas psiquiátricos significativos. Este tipo de pacientes requieren un cuidado y tratamiento especializado para abordar sus dificultades emocionales, cognitivas o de comportamiento.

El concepto de ingreso psiquiátrico implica la internación del paciente en una institución de salud mental, donde se le proporciona atención médica integral y apoyo terapéutico adecuado. Estos centros están equipados con profesionales de la salud mental, como psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores so-

ciales, que trabajan en conjunto para evaluar, diagnosticar y tratar los trastornos psiquiátricos del paciente.

Durante el ingreso psiquiátrico, se pueden llevar a cabo diversas intervenciones terapéuticas, que incluyen medicación, terapia individual y grupal, terapia ocupacional y actividades recreativas. El objetivo principal es estabilizar al paciente, aliviar los síntomas agudos y promover su recuperación a largo plazo.

El ingreso psiquiátrico puede ser necesario en casos de crisis psicológica, riesgo para la seguridad propia o de otros, agudización de los síntomas o falta de respuesta al tratamiento ambulatorio. La duración del ingreso puede variar según las necesidades individuales del paciente, desde unos pocos días hasta semanas o meses.

Es importante destacar que el ingreso psiquiátrico no debe ser visto como una medida estigmatizante, sino como una oportunidad de recibir atención especializada y cuidado en un entorno seguro y estructurado. El objetivo último es mejorar la calidad de vida del paciente, promover su bienestar emocional y ayudarlo a reintegrarse en la comunidad una vez se haya alcanzado la estabilidad necesaria.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones que debe realizar el Técnico en Cuidados auxiliares de enfermería en los pacientes psiquiátricos dentro de una unidad de tratamiento integral.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel fundamental en la unidad de psiquiatría, brindando apoyo y asistencia tanto a los pacientes como al equipo de profesionales de la salud mental. Sus funciones son variadas

y esenciales para garantizar el bienestar y la seguridad de los pacientes. A continuación, se describen algunas de las principales funciones de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de psiquiatría:

Cuidado personal: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ayuda a los pacientes en su higiene personal, como el aseo, baño, vestimenta y alimentación. También colabora en la administración de medicamentos bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería.

Observación y vigilancia: Es importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería esté atento a las señales y cambios en el estado de ánimo y comportamiento de los pacientes. Realiza observaciones regulares para detectar posibles signos de agitación, ansiedad, depresión u otros síntomas que requieran atención inmediata.

Apoyo emocional: Los pacientes psiquiátricos a menudo necesitan apoyo emocional y alguien con quien hablar. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería brinda escucha activa, comprensión y empatía, creando un ambiente seguro y de confianza para los pacientes.

Mantenimiento del entorno terapéutico: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería colabora en la creación de un entorno físico seguro y terapéutico para los pacientes. Esto implica mantener la unidad ordenada, controlar el acceso a objetos peligrosos, supervisar las áreas comunes y fomentar la participación en actividades recreativas.

Colaboración en terapia ocupacional: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede participar en actividades terapéuticas dirigidas por el terapeuta ocupacional, como talleres de arte, música o jardinería. Estas actividades promueven la expresión creativa, el desarrollo de habilidades sociales y el bienestar general de los pacientes.

Asistencia en situaciones de crisis: En la unidad de psiquiatría, pueden surgir situaciones de crisis que requieran intervención inmediata. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería está capacitado para colaborar en la contención física y emocional de los pacientes, siguiendo los protocolos y directrices establecidos.

Documentación y registros: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería registra y documenta la información relevante sobre el estado y la evolución de los pacientes. Esto incluye la toma de signos vitales, anotación de eventos importantes y cualquier observación relevante que pueda ayudar al equipo de salud en la toma de decisiones.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel crucial en la unidad de psiquiatría, proporcionando cuidado personal, apoyo emocional, vigi-

lancia constante, colaboración en terapia ocupacional y asistencia en situaciones de crisis. Su labor contribuye a garantizar el bienestar y la seguridad de los pacientes, así como al funcionamiento efectivo de la unidad.

5 Discusión-Conclusión

Un consejo principal para el buen funcionamiento del TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) en el área de psiquiatría es desarrollar una actitud empática y respetuosa hacia los pacientes. La empatía permite establecer un vínculo de confianza con las personas que sufren trastornos mentales, lo cual es fundamental para brindar un cuidado de calidad. Es importante escuchar activamente, comprender y mostrar compasión hacia los pacientes, reconociendo su dignidad y autonomía. Además, el respeto por las diferencias individuales y la no estigmatización son aspectos esenciales para proporcionar un entorno terapéutico y seguro. Al cultivar una actitud empática y respetuosa, el TCAE puede contribuir significativamente al bienestar emocional y físico de los pacientes en el área de psiquiatría.

6 Bibliografía

1. Fernández V, Murcia E, Sinisterra J, Casal C, Gómez MC. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias* 2009; 21: 121-132.
2. Lepping P. The use of emergency psychiatric medication: a survey from 21 countries. *J Clin Psychopharmacol* 2013; 14: 38-43.
3. Brennaman L. Crisis emergencies for individuals with severe, persistent mental illnesses: a situation-specific theory. *Arch Psychiatr Nurs* 2012; 26: 251-26.

Capítulo 202

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU FUNCIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA FARMACOLÓGICA

MIRIAM BOUCHAIR LARRALDE

FRANCISCO ANTONIO GARCIA REINA

GLORIA ESCOBAR MARTÍNEZ

ALBA DOMINGO ALONSO

1 Introducción

La terapia farmacológica es un aspecto fundamental de la atención médica que se enfoca en el tratamiento de enfermedades y afecciones con medicamentos. Esta terapia se basa en la administración de sustancias que son consideradas drogas terapéuticas y que se utilizan para prevenir, diagnosticar, tratar y/o aliviar los síntomas de una enfermedad o estado patológico.

Un medicamento es un producto farmacéutico compuesto por una combinación de fármacos que se utiliza para cumplir con los objetivos mencionados anteriormente. Es importante destacar que un medicamento es diferente a un fármaco, ya que un medicamento es una combinación de varios fármacos.

En el ámbito de la atención médica, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería juegan un papel importante en la administración de la terapia farmacológica. Según el Estatuto de Personal No Facultativo Sanitario, los Técnicos

en Cuidados Auxiliares de Enfermería pueden colaborar en la administración de medicamentos por vía oral o rectal bajo la supervisión y dirección del personal médico. Sin embargo, están excluidos de la administración de medicamentos por vía parenteral, ya que esta vía requiere una mayor habilidad y conocimiento médico. Además, pueden aplicar enemas de limpieza en pacientes que no estén gravemente enfermos, siempre y cuando sea necesario y bajo la indicación del personal médico.

2 Objetivos

- Conocer las medidas existentes en la administración de medicamentos.
- Describir las disímiles y diferentes vías al respecto de la administración de medicamentos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 resumen, la terapia farmacológica es un aspecto importante de la atención médica que se enfoca en el tratamiento de enfermedades y afecciones con medicamentos. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería pueden colaborar en la administración de la terapia farmacológica por vía oral o rectal, pero están excluidos de la administración de medicamentos por vía parenteral. Es importante destacar que la administración de la terapia farmacológica es una responsabilidad compartida entre los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería y el personal médico, y que siempre debe ser realizada bajo la supervisión y dirección adecuadas.

La administración de medicamentos o de terapia farmacológica es la manera de obtener la rápida recuperación, mejora en estabilización o reducción de los síntomas de un paciente. Por lo tanto, es crucial que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, como profesional capacitado para administrar medicamentos a

los pacientes hospitalizados, conozca las distintas vías de administración de los medicamentos.

Las vías de administración autorizadas incluyen vía oral y rectal, mientras que la administración por vía parenteral está expresamente prohibida por la ley. Al administrar medicamentos, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es importante seguir las vías autorizadas para garantizar la seguridad y eficacia del tratamiento. La administración oral es la más común y consiste en tomar el medicamento por vía bucal, ya sea en forma de píldoras, cápsulas, líquidos, entre otros. La administración rectal, por su parte, se realiza mediante la aplicación del medicamento en el recto en forma de supositorios o enemas.

Por otro lado, la administración parenteral incluye vías como intravenosa, intramuscular y subcutánea, que consisten en inyectar el medicamento directamente en el torrente sanguíneo. Sin embargo, esta vía de administración está expresamente prohibida por la ley debido a los posibles riesgos que pueden derivarse de una mala manipulación o administración del medicamento.

Es fundamental que los pacientes y profesionales de la salud conozcan las vías de administración autorizadas para garantizar un tratamiento seguro y eficaz.

Además, es importante seguir las instrucciones del profesional médico o del prospecto del medicamento para evitar posibles reacciones adversas o efectos secundarios, debe considerar las siguientes medidas:

- Verificar que el medicamento no esté caducado.
- Verificar que el medicamento coincide con el recetado por el médico.
- Revisar la cavidad bucal del paciente antes de dejarlo solo si está muy debilitado.
- Controlar las posibles reacciones adversas al medicamento y notificar al profesional de enfermería inmediatamente.
- Anotar la medicación administrada en la hoja de registro correspondiente, incluyendo la hora.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la administración de medicamentos debe ser un proceso riguroso y controlado para garantizar su eficacia y seguridad. Según la ley, solo se permiten dos vías de administración: oral y rectal. La administración por vía parenteral está expresamente prohibida debido a los riesgos potenciales asociados con ella. Es importante tener en cuenta que cada medicamento tiene sus propias indicaciones y posologías, y es necesario seguir las recomendaciones del fabricante y las indicaciones de un profesional de la salud. La administración de medicamentos puede ser un proceso complicado y requiere un conocimiento

adecuado y una buena comprensión de cómo funciona el cuerpo humano. Por lo tanto, es esencial que la administración de medicamentos se lleve a cabo de manera responsable y segura para garantizar la salud y el bienestar de las personas.

6 Bibliografía

1. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>.
2. Barrueco Nélida, Martínez Fernández-Llamazares Cecilia, Durán Esther, Martínez Marín María Teresa, Relaño García Cristina. Administración de medicamentos por vía oral: Interacciones medicamento - alimento. Index Enferm [Internet]. 2008 Mar [citado 2022 Oct 01] ; 17(1): 53-57.
3. Apolo Carvajal Francisco, González Martínez María, Capilla Santamaría, Elena, Cáliz Hernández Betsabé, Cañamares Orbis Iciar, Martínez Casanova, Nuria et al . Adecuación de la medicación oral en personas institucionalizadas en residencias de mayores a los que se les tritura la medicación: estudio ADECUA.Farm Hosp. [Internet]. 2016 Dic [citado 2022 Oct 01] ; 40(6):514-528.
4. Silva, Daniela Odnicki da et al. Medication preparation and administration: analysis of inquiries and information by the nursing team. Revista LatinoAmericana de Enfermagem [online]. 2007, v. 15, n. 5. [Accedido 1 Octubre 2022] , pp. 1010-1017.

Capítulo 203

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PARTO Y POSTPARTO

CAROLINA BERNAL MUÑOZ

MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ LÓPEZ

ROSA MONTERO NÚÑEZ

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

1 Introducción

El equipo formado para atender el servicio de partos es un equipo multidisciplinar, formado por personal sanitario como médico obstetra, este médico se ocupará de atender a la mujer durante el embarazo y sus cuidados, la asistencia al parto y los cuidados en lo que dure el postparto o puerperio que aproximadamente suele durar sobre 6 semanas.

El ginecólogo es un facultativo se encarga del cuidado médico en cualquier problema de salud que tenga que ver con el aparato reproductivo femenino, asistirá si es necesario el parto y el puerperio.

El anestesista asistirá durante el parto y si es necesario administrarle anestesia a la mujer en dosis que dependiendo del dolor .

El pediatra se ocupará del bebé una vez a nacido.

La matrona esta es una especialidad de enfermería y está preparada para asistir y atender a la mujer durante los 9 meses de embarazo ,el parto y el puerperio.

Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Las funciones de estas figuras en este servicio es importante, ya que se encargan del aseo de la mujer gestante, en la ayuda de posicionamiento de la misma para el reconocimiento, en la asistencia y ayuda tanto de material como de asistencia de la matrona y de la obstetra, de reponer material, etc.

Personal no sanitario: celador y personal de limpieza.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en el parto y el postparto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 función del TCAE en este área del hospital es amplia y concreta ya que se encargará de atender a la paciente desde su llegada hasta que sea dada de alta, también asistirá al equipo médico multidisciplinar en todos los cuidados de la mujer y del bebé una vez que este nazca.

Durante el ingreso de una mujer embarazada para dar a luz el TCAE recibirá a la mujer, la acompañará a la habitación y la dotará de camión ayudándole a vestirse si fuera necesario, le prepara la cama y le dará toallas para el aseo, además le prestará sus servicios para tumbarse, cambiarse de postura, levantarse, ayuda en baño, etc.

La TCAE administra un enema a la embarazada para impedir evacuaciones durante el parto y rasurara la zona púbica si lo recomienda el facultativo o la matrona.

La TCAE acompañará a la embarazada a la sala de monitores, la ayudara tumbarse y asistirá a la matrona a poner las correas de monitorización fetal.

La TCAE tendrá el paritorio acondicionado, todo el material y herramientas necesarias para llevar a cabo la práctica del alumbramiento y prestando apoyo al equipo que asiste el parto, desde el lavado de manos, puesta de equipos de protección individual (EPIS) y dotando del material exigido para la práctica que se está llevando a cabo.

Una vez que el bebé está fuera del vientre materno la TCAE prestará los servicios necesarios al recién nacido .

Una vez concluido el parto y la asistencia necesaria tanto a la nueva mamá como al recién nacido ,es función del técnico auxiliar de enfermería ,de deshacerse de todo el material desechable, la limpieza y desinfección del material utilizado y mandarlo a esterilizar.

La TCAE se hará cargo de la higiene y cuidados de la mama y el recién nacido desde su llegada, el parto y el posparto hasta que sean dados de alta.

5 Discusión-Conclusión

La TCAE debe ser una profesional empática con la mujer embarazada y hacerla sentir cómoda y segura intentando tener una comunicación fluida e intentar explicar en la medida de lo posible cualquier duda que se le presente a la futura madre.

Es de vital importancia que esta figura conozca todo el material, herramientas , instrumentos y aparataje que se use en este servicio además, de todas las técnicas que se van a emplear para adelantarse y hacer más fácil y rápida la práctica ,ya que es parte de un equipo y es fundamental la asistencia con fluidez .

El TCAE está en todo momento atenta a cualquier síntoma o signo que ponga en alerta la parte vital tanto de la madre como del bebé y se lo transmite a enfermería .

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 204

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

AMPARO MORENO LÓPEZ

LAURA SELENE VILLENA GARCÍA

MARIA JULIA GARCIA JIMENEZ

ANTONIA ALARCÓN GARCÍA

HORACIO ALEX OVANDO VARGAS

1 Introducción

La psiquiatría es una rama de la medicina que se centra en comprender y promover la salud mental, así como en diagnosticar y tratar patologías y trastornos mentales. El tratamiento de los trastornos adictivos y los trastornos del comportamiento es otro foco de la psiquiatría.

Se pueden hacer referencia a numerosas cuestiones mediante los términos "trastorno mental", "enfermedad mental" o "patología mental", así como con otros sinónimos. Cada uno de estos problemas tiene sus propias características únicas. Normalmente, eso.

Aparecen como cambios en una variedad de procesos o funciones, incluyendo: comportamiento, razonamiento, capacidad de reconocer la realidad, emociones o relaciones interpersonales. Son el resultado de una interacción complicada entre

factores biológicos, sociales y psicológicos en lugar de tener una única causa subyacente.

El término "paciente psiquiátrico" se refiere a una persona que presenta una enfermedad mental, como esquizofrenia, trastornos delirantes o trastornos psicóticos.

El trastorno bipolar, la ansiedad, el estrés o los trastornos de la personalidad son posibilidades adicionales.

La condición de este tipo de paciente debe evaluarse primero en una situación de emergencia. Debe tener extrema precaución porque pueden surgir una variedad de situaciones, incluyendo violencia, comportamiento amenazante, comportamiento destructivo hacia uno mismo y problemas médicos graves.

Por tanto, con este tipo de pacientes es fundamental la adecuada actuación de todo el equipo multi e interdisciplinar como psiquiatras, psicólogos, enfermeras, Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería, celadores, fisioterapeutas, etc.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) de Psiquiatría en todas sus variadas responsabilidades.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 acciones se toman de acuerdo con un protocolo que aborda la atención única que estos pacientes necesitan, así como una capacitación extensa y detallada sobre estos y otros temas relacionados con la atención al paciente. Pacientes psiquiátricos en cada unidad hospitalaria daría lugar a una mejora significativa en el nivel de atención; de hecho, este conocimiento podría incluso resultar útil para otros tipos de pacientes.

El objetivo principal de esto sería maximizar las funciones del Técnico Auxiliar de Enfermería en Psiquiatría, muchas de las cuales son similares a las que realiza con el resto de pacientes pero tienen cierto nivel de complejidad debido a las características únicas de estos pacientes. lo que hace que sea aún más importante saber qué hacer y cómo actuar.

Las principales funciones de un TCAE en Psiquiatría serían las siguientes:

- Trabajar juntos para brindar atención a personas, familias y comunidades que se ocupan de problemas de salud mental.
- Realización y obtención de pruebas mentales e historia clínica y datos ambientales de estos pacientes.
- Asistencia en las diversas tareas que deben realizar los familiares o cuidadores de estos pacientes.
- Orientar al paciente, siendo capaz de proporcionarle y facilitarle el descanso necesario implementando las medidas terapéuticas adecuadas a cada caso.
- En el caso de pacientes dependientes, ayudarles en las diferentes actividades de la vida diaria (AVD) (vestirse, comer, higiene, etc.).

El protocolo establece líneas de actuación uniformes en todas las distintas funciones, poniendo especial énfasis en las líneas de actuación empáticas necesarias en este tipo de unidades, así como favorecer la comunicación y las relaciones entre los distintos miembros del equipo multi e interdisciplinario.

La condición de este tipo de paciente debe evaluarse primero en una situación de emergencia.

5 Discusión-Conclusión

La labor del TCAE es muy importante en una Unidad de Psiquiatría. La complejidad de este tipo de pacientes hace en ocasiones muy complicado su trato, siendo necesario que todos y cada uno de los componentes del equipo multidisciplinar estén debidamente formados para saber actuar en cada momento.

Por ello, la existencia de un protocolo de formación para cada persona que se inicia en este servicio ha resultado ser un acierto. Los profesionales se sienten más seguros y conocedores a la hora de actuar y eso acaba repercutiendo muy positivamente en el paciente. Todo ello acaba repercutiendo muy positivamente en el bienestar y tratamiento del paciente psiquiátrico.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 205

LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES TERMINALES

AMPARO MORENO LÓPEZ

MARIA JULIA GARCIA JIMENEZ

LAURA SELENE VILLENA GARCÍA

HORACIO ALEX OVANDO VARGAS

ANTONIA ALARCÓN GARCÍA

1 Introducción

El objetivo principal de los cuidados paliativos es proporcionar una muerte digna e indolora al paciente terminal, priorizando el confort y la calidad de vida, aunque también es necesario brindar apoyo emocional a los seres queridos del paciente. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel crucial en la atención del paciente, asistiendo con necesidades básicas como alimentación, limpieza y movilidad, al mismo tiempo que colabora con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud.

Una de las principales responsabilidades de un TCAE cuando trabaja con un paciente terminal es administrar los cuidados paliativos adecuados y completar estas tareas para el paciente.

El TCAE debe ejercer la máxima dedicación y profesionalidad.

Cuidados paliativos es el término utilizado para describir los cuidados que los pacientes con enfermedades terminales y sus familias requieren durante las etapas finales de su enfermedad. El objetivo principal es brindar cuidados paliativos a pacientes con enfermedades terminales. Garantizar la calidad de vida del paciente, el confort y el apoyo a los familiares permitiéndoles morir en paz. El TCAE debe estar debidamente formado y tener la formación suficiente para poder realizar todas las tareas necesarias para prestar este tipo de atención para poder completar todo el proceso. El paciente pasará sus últimos días sin dolor, controlando sus síntomas y consciente gracias a los cuidados paliativos que recibió.

Profesionales médicos como médicos, enfermeras, TCAE, psicólogos, trabajadores sociales y otros conforman el equipo que brinda cuidados paliativos en un hospital.

2 Objetivos

Resaltar las características de los enfermos terminales que los TCAE deben conocer, sus obligaciones, las acciones que deben realizar los TCAE y, finalmente, el apoyo y respeto que deben mostrar a los pacientes y sus familiares.

3 Metodología

Como parte de la investigación para este artículo se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva y una consulta de las principales bases de datos, incluidas PubMed, Medline, Scielo y Google. También se han consultado las publicaciones sobre el tema en estudio.

4 Resultados

Las siguientes características de las personas con enfermedades terminales que el TCAE debe conocer son fundamentales para la atención que reciben por parte de estos:

- Que la enfermedad es terminal, avanzada e incurable.
- Los tratamientos que se les administran no tienen efectos apreciables.

- Los enfermos padecen dolencias o enfermedades debilitantes.
- Que las perspectivas de vida son malas.

La pérdida de un paciente afecta negativamente a los TCAE porque son profesionales sanitarios y tienen sentimientos, y ese no es un buen sentimiento.

El deber del TCAE es mejorar el entorno y atender las necesidades de los familiares que atienden al paciente terminal.

Acompañan al paciente durante esta etapa de su enfermedad para evitar situaciones peligrosas, acompañarle, humanizar la muerte y ayudarlo a morir en paz. Controlar los síntomas del paciente, crear planes de cuidados integrales y proporcionar un control eficaz de los síntomas son las intervenciones adecuadas que deberá realizar el TCAE.

Es fundamental para los familiares que el enfermo terminal no presente ningún síntoma de dolor, malestar, insomnio o inquietud, entre muchos otros posibles síntomas. Si un paciente quiere saber algo o no, se deben respetar sus deseos no su enfermedad y transmitir a la familia que este deseo se cumplirá.

Para conseguir que el paciente no se sienta solo, es importante facilitar la comunicación emocional entre el paciente y su familia. Durante todo el procedimiento, es fundamental mantener líneas abiertas de comunicación con el paciente respetando su derecho a una muerte pacífica, digna y honesta. Esto se conoce como "la mejor manera de que mueran".

Se deben respetar todas las interacciones familiares con los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, dado que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería conocen o deben conocer las características de estos pacientes, la atención del TCAE a los pacientes terminales es crucial para su calidad de vida.

Además, debe ser deber de estos profesionales médicos cuidar, mejorar y satisfacer las necesidades de estos pacientes. Se deben respetar todas las interacciones familiares con los pacientes.

Dado que el personal de enfermería maneja los síntomas del paciente, ofrece atención integral y administra medicamentos para aliviar los síntomas, su atención a estos pacientes terminales es crucial por que tratan a estos pacientes con morfina y analgésicos.

6 Bibliografía

1. Atención del TCAE a los problemas más frecuentes en pacientes terminales.
(n.d.). Congresosfnn.com.

Capítulo 206

PLAN DE ACTUACIÓN Y CUIDADOS DE UNA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) POSTERIOR A CORONARIOGRAFÍA Y ANGIOPLASTIA

AMPARO MORENO LÓPEZ

ANTONIA ALARCÓN GARCÍA

HORACIO ALEX OVANDO VARGAS

MARIA JULIA GARCIA JIMENEZ

LAURA SELENE VILLENA GARCÍA

1 Introducción

Con la ayuda de un procedimiento invasivo llamado angiografía coronaria, se puede ver cada arteria coronaria con claridad y buscar posibles obstrucciones. Para ello se necesita un material de contraste inyectable. Esta es la inyección después de anestesia local, utilizando pequeñas sondas en miniatura insertadas por un catéter a nivel femoral o radial. También es posible realizar el examen por vía humeral. La angioplastia normalmente se agrega como complemento a nuestro servicio.

Una angioplastia es un procedimiento para ensanchar o desbloquear los vasos sanguíneos que llevan sangre al corazón. Arterias coronarias es el nombre de estos vasos sanguíneos. ¿Qué es un stent de arteria coronaria? un pequeño tubo de metal con una malla que se abre hacia una arteria del corazón.

Debido a que los catéteres son un poco más gruesos y viajan hasta la aorta, donde surgen o emergen las arterias coronarias, la angioplastia se diferencia del cateterismo en este sentido. Podemos ver dónde está la obstrucción en las arterias coronarias usando este nuevo catéter.

Cómo desbloquear la arteria coronaria.

Para que todo salga bien los integrantes del equipo interdisciplinario (médicos, enfermeras, técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y personal de seguridad) deben actuar de la manera correcta. Se requiere tanto antes como tanto durante como después de la finalización del proceso.

2 Objetivos

Describir el procedimiento del TCAE para el tratamiento de pacientes hospitalizados para angiografía coronaria y angioplastia.

3 Metodología

Como parte de la investigación para este trabajo se ha realizado un análisis de la literatura científica ya publicada.

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos médicas, entre ellas Kaliweb y PubMed, así como en revistas e investigaciones sobre el tema y a la luz de mi propio trabajo como TCAE y experiencias relacionadas.

4 Resultados

Basado en la experiencia del personal de enfermería y de los TCAE del Servicio y en las recomendaciones de la Sociedad Europea para las indicaciones de la coronariografía en la enfermedad coronaria de Cardiología del Hospital Central de Asturias (Oviedo), se desarrolla un protocolo que marca una serie de procedimientos que debe seguir el conjunto del personal de enfermería (enfermería y TCAE) tras este tipo de intervenciones.

Los objetivos son brindar la mejor atención y supervisión posible al paciente

mientras está hospitalizado para realizarle una angiografía coronaria y una angioplastia.

Después del examen, necesita atención inmediata:

- Confirmar la existencia de un fangom.

- Supervisión de:

1. A su llegada, cada hora durante las siguientes tres horas y luego cada tres horas. frecuencia cardíaca, presión arterial y pulso pedal (si la intervención se realizó por vía femoral).

2. Dependiendo de dónde se realizó la punción, la mano o la pierna pueden tener color y calor.

3. Esté atento al vendaje de compresión para detectar cualquier sangrado o síntomas de alergia en la piel. Si el examen se realizó por vía femoral, retire la vía radial. vestirle al día siguiente a menos que un médico le indique lo contrario. En caso contrario, retírelo después de cuatro horas.

4. Diuresis.

- Reiniciar la alimentación una hora después de la intervención, evitando semisentado (en caso de inserción femoral).

El paciente podrá incorporarse 4 horas (vía femoral) o 1 hora (vía radial) después.

- Realizar análisis de sangre al día siguiente (ionograma, CPK y troponina en caso de dilatación).

- Un electrocardiograma (ECG) nuevo justo antes del alta del paciente.

Además, es fundamental proporcionar al paciente una lista de instrucciones que detallen lo que puede y no puede hacer en su hogar habitual, especialmente en las etapas iniciales, y realizar un seguimiento continuo y periódico en caso de que se sugieran complicaciones potenciales o desfavorables.

5 Discusión-Conclusión

Tanto la angiografía coronaria como la angioplastia coronaria son procedimientos hospitalarios de rutina que se utilizan para estudiar la anatomía y la función del corazón, pero debido a que implican pruebas invasivas, no lo son.

La creación de este “checklist” permite al personal de enfermería y TCAE incrementar sus conocimientos preservando la seguridad del paciente, lo que repercute muy positivamente en su cuidado y posterior recuperación.

El personal de este protocolo debe someterse a una formación continua, y este protocolo debe ser revisado anualmente en base a la evidencia científica para estar actualizado y perseguir el máximo nivel de perfección.

6 Bibliografía

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

Capítulo 207

LA REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR

LAURA HERRAIZ FERNANDEZ

ZORAIDA HERRAIZ FERNANDEZ

MARIA DEL MAR ARIAS SAIZ

1 Introducción

La reanimación cardio pulmonar (RCP) es una técnica de emergencia que consiste en ejercer ritmos de presión sobre el tórax de la persona afectada, para que el corazón pueda bombear la sangre y con ello, seguir llevando el oxígeno a los órganos vitales.

En esta situación se ve afectado el sistema cardio pulmonar, el cual se ve paralizado y deja de bombear sangre al organismo y con ello el aporte de oxígeno a los órganos vitales.

El sistema cardiovascular y el sistema respiratorio están estrechamente relacionados para el correcto funcionamiento del organismo.

Por un lado, el sistema cardiovascular está formado por el corazón, los vasos sanguíneos y la sangre.

Por otro lado, el sistema respiratorio proporciona el oxígeno que necesitamos. Este oxígeno pasa por la sangre a través de los capilares y llega hasta el corazón, donde se bombea esa sangre para que llegue a todo el organismo y así poder aportar el oxígeno necesario a los órganos vitales.

El sistema respiratorio está constituido por las vías respiratorias superiores y las vías respiratorias inferiores. En las vías respiratorias superiores se encuentra la

nariz, cavidad nasal, la orofaringe y la laringe. En las vías respiratorias inferiores encontramos la tráquea y los pulmones, donde se realiza el intercambio gaseoso.

2 Objetivos

- Conocer el sistema cardio pulmonar y el funcionamiento del corazón.
- Conocer cómo está compuesto el corazón.
- Saber realizar correctamente una reanimación cardio pulmonar (RCP).

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 se ha seleccionado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- El corazón es el encargado de bombear la sangre a todos los vasos sanguíneos. Es un músculo estriado que se encarga de realizar contracciones fuertes, continuas y rítmicas. Se encuentra en el centro del pecho, detrás y levemente a la izquierda del esternón. Está envuelto por una membrana que se denomina pericardio. Entre el pericardio y el corazón se encuentra una capa de líquido que sirve como lubricante para que el corazón realice sus funciones.

Se compone de cuatro cavidades, dos aurículas superiores (izquierda y derecha) y dos ventrículos inferiores (derecho e izquierdo). Entre la aurícula derecha y el ventrículo derecho se encuentra la válvula tricúspide y entre la aurícula izquierda y el ventrículo izquierdo se encuentra la válvula mitral. El tabique interventricular separa la aurícula izquierda y el ventrículo izquierdo de la aurícula derecha y el ventrículo derecho.

- Los vasos sanguíneos están constituidos por arterias, venas y capilares.
 - La sangre es el líquido que circula por los vasos. Está compuesta por una parte líquida, que se denomina plasma, y otra parte más sólida. El plasma está constituido por agua, sales minerales y proteínas, mientras que la parte sólida está constituida por glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.
- Durante una RCP, debemos de realizar 30 compresiones torácicas y dos respiraciones de rescate boca a boca:

- En primer lugar, deberemos situarnos de rodillas al lado de la persona, colocándola de manera que la espalda esté contra el suelo. Después debemos colocar una mano sobre la otra, entrelazando los dedos y colocándolas en mitad del pecho de la persona, entre los pectorales. Los hombros deben quedar al mismo nivel. Una vez colocados correctamente, debemos ejercer una ligera presión logrando una profundidad de 5 cm. El ritmo debe ser de 100 a 120 compresiones por minuto, llevando el pecho a su posición inicial tras cada compresión.
- Una vez realizadas las 30 compresiones, debemos realizar la respiración de rescate. Para ello, abra que tapar las fosas nasales, inclinar la cabeza y levantar el mentón. Cuando hayamos colocado la cabeza correctamente, deberemos realizar dos respiraciones de rescate mientras comprobamos si se eleva el tórax. Esta acción la deberemos de realizar hasta que lleguen los servicios sanitarios y con ello poder hacer uso del desfibrilador.

5 Discusión-Conclusión

El hecho de conocer perfectamente el sistema cardio respiratorio es muy importante, ya que es el encargado de que nuestro cuerpo tenga la parte de oxígeno suficiente para sobrevivir. El corazón es el encargado de transportar el oxígeno en sangre hacia los órganos vitales para su funcionamiento.

Cuando una persona entra en parada cardiorrespiratoria, ese oxígeno se disminuye, llegando a producir daños irreparables. Para evitar que esto ocurra, debemos realizar lo antes posible la reanimación cardio pulmonar (RCP), y con ello evitaremos que estos daños no se produzcan o si se produjesen, evitar secuelas importantes para la persona que estamos reanimando.

6 Bibliografía

<https://postgradomedicina.com/rcp-basico-maniobras-adultos/>
<https://www.texasheart.org/hear-health/heart-information-center/topics/anatomia-del-corazon/>
<https://www.bupsalud.com/salud/sistema-cardiovascular>

Capítulo 208

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SUS FUNCIONES EN LAS DIETAS DE LOS PACIENTES

MARIA DEL ROSARIO LADERO PACHECO

PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ

CORAL SANCHEZ SANCHEZ

IRENE CAMINO LOZANO

MARGARITA CARRASCO BLASCO

1 Introducción

La dietética será la técnica y arte de manejar los alimentos del modo adecuado, partiendo del conocimiento del cuerpo humano y de los alimentos, con el fin de proporcionar y promover tipos de alimentación variada, suficiente y equilibrada. La dietoterapia será la profesión que estudia las transmudaciones en toda su amplitud, tanto cuantitativas y las cualitativas que debe resistir una dieta para ser manejada en patologías determinadas.

La dieta se adapta primero a la patología que padece el enfermo y luego a cada enfermo en particular, teniendo en consideración su composición, procurando y tratando de garantizar el equilibrio calórico que se necesite en cada uno de los casos, lográndose clasificarse como esenciales, profilácticas o como paliativas.

La dieta terapéutica es la administración razonada y adaptada al estado del enfermo de determinados alimentos, con el fin de obtener una curación o mejoría de su patología.

Las dietas progresivas son las que van modificándose según la etapa de la patología en la que se encuentra o por la que está pasando el enfermo. Estas dietas terapéuticas son puntuales dependiendo la patología o lo que queramos conseguir con ellas, no deben mantenerse por periodos de tiempo prolongados porque resultan nutricionalmente incompletas.

Las etapas de las dietas progresivas son absoluta, líquida, semilíquida, blanda, de fácil digestión y basal.

2 Objetivos

- Exponer las clases de dietas terapéuticas que se logran aplicar, depende de la patología o afectación del enfermo.
- Clasificar según la consistencia de la dieta.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según la modificación en la consistencia de los alimentos, las dietas logran ser:

- Dieta normal o también llamada basal o libre o estándar.
Sin necesidad especial. Es normocalórica y nutricionalmente equilibrada.
- Dieta absoluta.

Prohibida la ingesta de sólidos y líquidos por vía oral. El enfermo logra tener una perfusión de suero. De corta duración, no se debe dar nada durante 24-48 horas. Anterior de una intervención quirúrgica y en el postoperatorio inmediato.

- Dieta líquida.

Los alimentos que la componen se hallan en estado líquido y a temperatura ambiente. Contiene escaso residuo y se absorbe con facilidad. No es nutricionalmente equilibrada (valor calórico aproximado de 500 kcal. con 100 g. de hidratos de carbono), siendo su aporte calórico-proteico insuficiente.

Logra ser:

1. Dieta líquida simple o clara. Se emplea en periodos cortos de tiempo, como el postoperatorio. Su objetivo es hidratar a base de líquidos claros, con escasos residuos y de fácil absorción, como caldos, zumos, bebidas.

2. Dieta líquida completa. Será suficiente para cubrir las necesidades básicas.

Alimentos triturados hasta darle una consistencia líquida. Incluye alimentos semisólidos y líquidos. Para enfermos con dificultad para deglutir o masticar o con función intestinal reducida.

La dieta en que se eliminan todos los nutrientes, menos el agua, se denomina dieta hídrica.

- Dieta semilíquida o de transición.

Constituye el paso siguiente a la dieta líquida en el postoperatorio. Se incluirán alimentos evitando las grasas y residuos. No llevan alimentos sólidos. Consiente una fácil digestión y absorción, aunque todavía no cubre las necesidades de energía y nutrientes del enfermo.

Es una dieta llamada de transición entre la dieta líquida y la semiblanda, añadiendo leche, natillas, crema de cereales, caldo de legumbres.

- Dieta semiblanda.

Es el paso intermedio entre la dieta semilíquida y la blanda. Se meten paulatinamente los segundos platos, de modo que sí se cubrirán las necesidades energéticas y de nutrientes.

Esto será para fomentar la masticación y la modoción del bolo alimenticio.

Incluirá segundos platos a base de carne, pescado o huevos con guarnición. Se incluyen primeros platos con alimentos ligeros enteros tipo arroz, pasta y patata cocida, con hortalizas y verduras en modo de puré. Las técnicas culinarias serán suaves (hervido, asado, planchas) para evitar las digestiones pesadas.

Dieta blanda.

Última etapa de las dietas progresivas antes de alcanzar la alimentación basal o normal. Trata de facilitar la digestión a través de la ingesta de alimentos ligeros como vegetales y líquidos para reducir al máximo los trastornos de la digestión. Se deben evitar los alimentos grasos, fritos y guisos y será controlada en fibra.

Los alimentos deben ser fáciles de digerir y preparados de modo sencillo.

1. Alimentos líquidos. Como leche, caldos, zumos de frutas. Se consienten salsas suaves.

2. Alimentos semisólidos. Incluirá purés, huevos pasados por agua, flanes, papillas.

3. Alimentos sólidos-blandos. Entre ellos el jamón de York, pescado hervido, tortilla francesa. Se incorpora frutas, verduras y hortalizas como guarnición o postre.

Se evadirán los alimentos como tomate, pimientos, salazones, ahumados, adobados.

Ideal en postoperatorios, patologías digestivas leves, síndromes febriles como el paso previo a la dieta basal.

- Dieta de fácil masticación.

Indicada en patología digestiva o en el postoperatorio. Debe tener semejantes características en calorías, nutrientes y modo de cocción que la dieta normal, pero adaptada a problemas en la masticación. Los alimentos dificultosos de masticar, como las carnes, cierta fruta y verdura, deben darse en otras preparaciones un ejemplo serio en carne picada, manzana al horno, zanahoria rayada o en zumo. Los enfermos tienen deglución suficiente y funcionamiento digestivo normal.

- Dieta triturada o túrmix.

Conveniente cuando el enfermo tiene dificultad importante para masticar o tragar. Se mezclarán distintos alimentos en una comida. Es poco variada y atractiva, pero logra ser útil en un enfermo anoréxico. Los tipos de cocción y preparación deben de ser sencillos. Ejemplo, purés enriquecidos con leche. El valor calórico es el mismo que en la dieta basal, siendo una dieta completa.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar y ver en esta descripción de las dietas, llegamos a la conclusión y opinión de que nos podemos encontrar una gran adaptación de cada circunstancia y variedad a la hora de poder adaptarnos a la patología o afectación del enfermo desde el contexto hospitalario en las cuales podemos adaptarnos a elaborar un plan de alimentación individualizado para una patología, la cual mejorara la calidad nutricional y se podrá indicar un plan de cuidados y un soporte nutricional en consonancia con las etapas de la patología a las que nos iremos adaptando.

La dieta es un punto muy importante y esencial a la hora de la recuperación del enfermo y sobre todo si están dirigidas a su patología.

6 Bibliografía

1. <http://www.atensalud.com/2017/03/dietas-terapeuticas.html>.
2. <https://books.google.com/books?id=Tv8sDwAAQBAJ>.
3. Técnicas básicas de enfermería

Capítulo 209

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL LABORATORIO HOSPITALARIO

MARIA DEL ROSARIO LADERO PACHECO

PATRICIA ÁLVAREZ GÓMEZ

CORAL SANCHEZ SANCHEZ

IRENE CAMINO LOZANO

MARGARITA CARRASCO BLASCO

1 Introducción

Los laboratorios o el servicio de laboratorios, es un sitio fundamental en los hospitales, dado que todas las muestras biológicas del cuerpo humano extraídas deben ser analizadas y estos análisis se realizan en el servicio de laboratorio. También cuando se recogen fluidos corporales se mandan a analizar al laboratorio. Por eso, decimos que el laboratorio es uno de los servicios más importantes del hospital. Con este trabajo, queremos conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), a la hora de recoger una orina, o la realización de tomar esta muestra.

Es fundamental que el personal sanitario conozca los procedimientos que se deben de hacer, a la hora de las recogidas de muestras de los pacientes; conociendo estos procedimientos, podremos disminuir el riesgo de cometer algún error.

Lo más importante a la hora de la recogida de una muestra biológica, es identificar correctamente la muestra; es decir, que la muestra esté correctamente etiquetada con nombre y apellidos del paciente, dado que, con esos datos, será complejo el extravío de la muestra.

Se deberá tratar la muestra cuidadosamente para que no se produzcan alteraciones en los resultados.

También se deberá tener cuidado que no haya derrame de la muestra y pueda padecer alguna enfermedad infecciosa.

2 Objetivos

El objetivo principal es conocer las diferentes funciones que debe realizar un TCAE en el servicio de laboratorio.

El objetivo secundario es detallar la importancia del trato a la muestra

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consultando las principales bases de datos tales como Pubmed, Medline, Scielo, Google Académico. También se han consultado artículos de revistas y libros científicos, relacionados con el tema a estudiar. Se han utilizado palabras clave como TCAE, laboratorio, muestras, etc.

4 Resultados

Para realizar la recogida de muestras biológicas, se debe seguir una serie de pautas. Gracias a estas pautas, se conseguirá recoger las muestras de manera segura.

Los 3 métodos de recogida de muestras son:

- En el laboratorio: en este tipo de recogidas, los pacientes son ambulatorios, es decir, se pueden desplazar e ir hasta el laboratorio a realizarse el análisis o entregar la prueba que le hayan solicitado
- En el domicilio: en este tipo de recogida de muestras, podemos comprobar que el paciente no puede efectuar el desplazamiento, sea por edad o por las patologías que presenta. En este caso, hay un equipo sanitario que va a hasta su casa a recoger la micción que el médico le haya solicitado.
- En la planta del hospital: en este caso el paciente se encuentra ingresado en la planta del centro hospitalario, aquí es donde el TCAE se encarga de recoger la

micción que el médico le haya solicitado.

En este trabajo, nos centraremos en el último método en el que se recogen las micciones biológicas del paciente ingresado en la planta del hospital.

Muchas veces depende de las peticiones de los médicos a la hora de recoger las micciones biológicas, dado que los médicos te piden la primera micción matinal y hay otros médicos que te piden la última micción del día, en función de que patología quieran comprobar.

En primer lugar, los TCAE deberán lavarse las manos correctamente y después se colocarán los guantes. A continuación, se les explicará a los pacientes el tipo de muestra que se les va a tomar y cómo se va a realizar.

Deberán lavarles los genitales a los pacientes. Si es autónomo, el lavado se lo deberá realizar el paciente supervisado bajo las instrucciones del TCAE para que la muestra salga correctamente y no haya que repetirlo. Tras haber realizado el lavado de la zona, se secará la zona con gasas estériles.

En caso de que el paciente esté encamado, el TCAE será el encargado de ponerle la cuña o el pato bien lavado y desinfectado previamente.

Tras tener la muestra en sus manos, se identificará correctamente poniendo el nombre y apellidos del paciente, para así no confundirlo con otras muestras.

Después de haber recogido las muestras, los TCAE deberán poner cómodo al paciente para que este a gusto.

Una vez que se haya finalizado de manipular las muestras que vayan a enviar al laboratorio, los TCAE deberán quitarse los guantes, desechándolos a la basura y se lavarán de nuevo las manos.

Tras haberse lavado las manos, se encargarán de bajar las muestras al servicio de laboratorio. En el caso que no se pudiesen bajar hasta más tarde o al día siguiente, se deberán meter en el frigorífico.

5 Discusión-Conclusión

Por lo que hemos citado en el apartado anterior, la labor primordial de los TCAE es evitar que las muestras se contaminen; es decir, que la muestra llegue intacta al laboratorio.

Así que, es fundamental que los TCAE conozcan muy bien los protocolos que deben seguir a la hora de extraer alguna muestra biológica.

En conclusión, la labor de los TCAE en este servicio es primordial, dado que ellos son los que efectúan la recogida de la muestra o se encargan de que lleguen correctamente al laboratorio.

Se recomienda el uso de guantes para el traslado de la muestra hasta el laboratorio, por si hay derrame y no contaminarla.

6 Bibliografía

de Enfermería Ocronos, R. M. y. (2020). Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la toma de muestras biológicas. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-toma-muestras-biologicas/>
¿Qué hace un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería? Funciones. (2020, April 21). Blog de oposiciones | OpositaTest; OpositaTest. <https://blog.opositatest.com/que-hace-un-tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-funciones/>

Capítulo 210

COMO AFECTA EL SINDROME DE BURNOUT AL TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

MARIA DEL CARMEN TORRES SANTIAGO

MARÍA ÁNGELES LÓPEZ VILLENA

SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA

MARÍA DEL PILAR ONRUBIA MONTTOYA

MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO SÁNCHEZ

1 Introducción

El Síndrome de Burnout (SB) también conocido como el Síndrome de estar Quemado/a, o Síndrome de Desgaste Profesional (SDP). Fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberger basándose en la observación del deterioro en cuidados y atención profesional de distintas organizaciones socio-sanitarias. Posteriormente fue Maslach y Jackson en 1986 quien profundizaron en esta problemática, ya que en las últimas décadas, la población se ve sometida a un ritmo de vida acelerado, competitivo y exigente .

El síndrome Burnout (SB) es un trastorno emocional vinculado al ámbito laboral, la cronificación del estrés y el estilo de vida, creando un estado de agotamiento físico, mental y emocional y que según la OMS, se caracteriza por:

☒ Sentimiento de cansancio y agotamiento emocional.

☒ Despersonalización, con un distanciamiento mental y sentimientos negativos hacia el trabajo y personas relacionadas con él.

☒ Eficacia laboral reducida y falta del deseo de autorrealización.

Según los datos de la Agencia Europea para la salud, aproximadamente un 28% de los/as trabajadores/as presenta estrés laboral, siendo una de las principales causas de absentismo y baja laboral. En cuanto al personal de Enfermería los niveles se sitúan en torno al 39%.

Si desde las sociedades más avanzadas, no se reacciona a tiempo y no se pone remedio a esta situación, los/as profesionales y en concreto TCAE de servicios especiales como Urgencias, van a experimentar en mayor o menor grado el SB incidiendo directamente a nivel personal y en la atención a pacientes y familiares, además de plantear una importante problemática social.

2 Objetivos

☒ Determinar la presencia del (SB) en los/as profesionales de Servicios de Urgencias Hospitalarias.

☒ Reconocer signos y síntomas del (SB) con objeto de minimizar procesos patológicos, efectos secundarios y facilitar la recuperación de las personas afectadas.

☒ Dotar al sistema de recursos para la detección y gestión de trabajadores/as, especialmente vulnerables, que puedan sufrir (SB), desarrollando procesos formativos e informativos.

☒ Eliminar estigmas sociales relacionados con patologías mentales o emocionales.

3 Metodología

- Revisión bibliográfica bases de datos. Palabra clave (SB).

☒ Scielo (472 art.)

☒ Pubmed (488 art.)

☒ Dialnet (953art.)

- Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

- Índice médico español.

- Revisión de estudios estadísticos (SB) personal sanitario.

- Revisión de protocolos preventivos de (SB)

4 Resultados

El (SB) se manifiesta de diferentes maneras en cada profesional, lo que hace más difícil un rápido diagnóstico y lo que nos lleva a error frente a otras patologías, como el estrés, la depresión o el cansancio.

El (SB) suele originarse por un desajuste entre las expectativas laborales marcadas bien sean (externas o auto impuestas) y el rendimiento que se pide de nosotros/as en el entorno laboral, afectando más en el entorno sanitario y sobre todo en servicios de Urgencias Hospitalarias por la elevada carga asistencial existente y la rapidez en la intervención.

CAUSAS O ETIOLOGÍAS

Los factores que desencadenan estas emociones han sido caracterizados en el entorno laboral del personal de Enfermería (DUES y TCAE) y podemos clasificarlos de la siguiente manera:

☒ Condiciones laborales: Estrés, sobrecarga de trabajo, falta de personal y que esté debidamente cualificado, falta de experiencia, turnicidad, precariedad en los contratos tanto por tiempo como por ubicación, falta de recursos materiales y equipamiento, salario, falta de autonomía, burocracia, falta de sueño, cansancio físico y emocional, etc.

☒ Desarrollo del trabajo: Falta de protocolos asistenciales con criterios unificados, monotonía, estrés derivado de las Urgencias Hospitalarias, trabajo bajo presión (inmediatez de actuación), vivimos situaciones límite, condiciones y ergonomía de la zona de trabajo, empatía con los/as paciente y familiares, convivencia con la enfermedad y la muerte, y falta de empatía por parte de los/as pacientes y familiares.

☒ Ambiente de trabajo: Falta de coordinación en los Servicios de Urgencias Hospitalarias que dan en muchos casos lugar a la improvisación de actuaciones, falta de motivación hacia los/as profesionales por parte de la Administración como de la población en general, conflictos interpersonales (intercolectivos), agresiones verbales y físicas por parte de pacientes y familiares. A estos factores podemos unir problemática familiar, económica, geográfica, sexo (mayor incidencia en mujeres), tener cierta experiencia profesional (5 años aproximadamente) tener o no cargas familiares, etc.

DIAGNÓSTICO

Partiendo de la base que un diagnóstico de cualquier enfermedad en muchas ocasiones se vuelve complicado, más si se trata en afectaciones de (SB) ó (SDP) debido a su incipiente crecimiento, falta de profesionales especializados y falta de recursos formativos e informativos, sin contar con la estigmatización de la

Salud

Mental que aún continua en la sociedad.

Para diagnosticar de manera eficaz lo más importante es la entrevista clínica realizada por el/la médico/a de cabecera o por el/la médico/a de salud laboral y/o preventiva de nuestro complejo hospitalario.

Además de la entrevista con el/la paciente, se puede solicitar la entrevista con familiares, amigos/as y/o compañeros/as si es posible.

Existen diferentes escalas o sistemas de medida para detectar el desgaste profesional.

La más utilizada es la Escala de Maslach o Maslach Burnout Inventory (MBI), formada por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional respecto a su trabajo, el entorno laboral, sus compañeros/as, los/as pacientes etc.

Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto/a emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.) Puntuación máxima 54.

2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno/a reconoce actitudes frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.

3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.

RANGOS DE MEDIDA DE LA ESCALA

0 = Nunca.

1= Pocas veces al año o menos.

2 = Una vez al mes o menos.

3 = Unas pocas veces al mes.

4 = Una vez a la semana.

5 = Unas pocas veces a la semana.

6 = Todos los días.

1 Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.

2 Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.

3 Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.

4 Tengo facilidad para comprender como se sienten mis alumnos/as.

5 Creo que estoy tratando a algunos alumnos/as como si fueran objetos impersonales.

- 6 Siento que trabajar todo el día con alumnos/as supone un gran esfuerzo y me cansa.
- 7 Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis alumnos/as.
- 8 Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.
- 9 Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis alumnos/as.
- 10 Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión docente.
- 11 Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.
- 12 Me siento con mucha energía en mi trabajo.
- 13 Me siento frustrado/a en mi trabajo.
- 14 Creo que trabajo demasiado.
- 15 No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis alumnos/as.
- 16 Trabajar directamente con alumnos/as me produce estrés.
- 17 Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis alumnos/as.
- 18 Me siento motivado después de trabajar en contacto con alumnos/as.
- 19 Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
- 20 Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.
- 21 En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.
- 22 Creo que los alumnos/as me culpan de algunos de sus problemas.

CÁLCULO DE PUNTUACIONES Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Cansancio emocional

1-2-3-6-8-13-14-16-20 + 26 (Este último número pertenece a los indicios Burnout)

Despersonalización 5-10-11-15-22 + 9 (Este último número pertenece a los indicios Burnout)

Realización personal 4-7-9-12-17-18-19-21 - 34 (Este último número pertenece a los indicios Burnout)

VALORACIÓN DE PUNTUACIONES

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el (SB).

Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome.

Cansancio emocional: Bajo 0-18, medio 19-26, alto 24-54

Despersonalización: Bajo 0-5, medio 6-9, alto 10-30

Realización personal: Bajo 0-33, medio 34-39, alto 40-56

FASES O ETAPAS DEL (SB)

Se han descrito una serie de etapas durante el desarrollo de este síndrome laboral:

1. Etapa de entusiasmo: Provocada por las altas expectativas al comenzar una nueva etapa laboral. Aumenta la carga de trabajo, pero este es sobrellevado de forma satisfactoria.
2. Etapa de estancamiento: Las expectativas de la etapa inicial no se ven cumplidas. El exceso de carga de trabajo y demás inconvenientes asociados superan a la recompensa obtenida y la motivación disminuye.
3. Etapa de frustración: Predominan los sentimientos de desmotivación y visión negativa y crítica de su trabajo. Surgen conflictos debido a la incapacidad de revertir la situación.
4. Etapa de apatía: Distanciamiento mental y falta de deseo de autorrealización.
5. Burnout: Insatisfacción laboral y visión crítica de uno mismo. Aparecen en el entorno laboral síntomas similares a la depresión. Aversión extrema al simple hecho de ir a trabajar. Aumentan los casos de absentismo y abandono de la profesión.

SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas que se han detectado en profesionales que padecen el (SB) son variados, por ello realizamos una clasificación de la sintomatología atendiendo a:

SÍNTOMAS FÍSICOS.

- ☒ Fatiga crónica .
- ☒ Insomnio.
- ☒ Dolor de cabeza.
- ☒ Dolor muscular
- ☒ Trastornos gastrointestinales
- ☒ Hipertensión
- ☒ Problemas cardio-respiratorios.
- ☒ Falta de apetito.
- ☒ Disfunción sexual.

SÍNTOMAS PSÍQUICOS.

- ☒ Ansiedad.
- ☒ Depresión.
- ☒ Irritabilidad.
- ☒ Labilidad emocional.
- ☒ Frustración.
- ☒ Aburrimiento
- ☒ Distanciamiento afectivo

☒ Desorientación.

SÍNTOMAS CONDUCTUALES.

☒ Problemas de interrelación comunicativa.

☒ Alteración de la relación profesional/paciente.

☒ Aumento de conflictos interpersonales (compañeros/as, familia, amigos/as, etc).

☒ Absentismo laboral o bajas

CONSECUENCIAS.

- Aumento toxicologías./toxicomanías.

- Bajo rendimiento laboral. Se minimizan los niveles de esfuerzo y auto- exigencia.

- Absentismo laboral y bajas laborales.

- Aumento de conflictos interpersonales.

- Pensamientos negativos.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

En cuanto a la prevención del Síndrome de Burnout (SB) o Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) debemos incluir factores que reduzcan el nivel de estrés, o que proporcionen al personal sanitario herramientas para afrontar los estresores que originan el síndrome.

Debemos generar recursos psicológicos para afrontar mejor estas situaciones, y modificar los factores que no dependan intrínsecamente del trabajo del personal de

Enfermería, concretamente TCAE.

Entre las medidas recomendadas para evitar el (SB) están:

☒ Medidas de formación:

☒ Formación en habilidades sociales y comunicativas.

☒ Formación en técnicas de relajación.

☒ Formación para afrontar situaciones de alta carga emocional.

☒ Formación en toma de decisiones y resolución de conflictos.

☒ Medidas entorno laboral:

☒ Trabajo en equipo.

☒ Cualificación y cuantificación en el trabajo.

☒ Autonomía y desarrollo personal y profesional.

☒ Generar protocolos de actuación.

☒ Conciliación familiar.

☒ Estrategias organizacionales como:

- Programa de Acogida de personal.

- Programa de protocolos y actuaciones de la Unidad.

☒ Medidas materiales:

☒ Contar con medios materiales para el desempeño del trabajo.

- ☒ Cualificación y cuantificación en el trabajo.
- ☒ Autonomía y desarrollo personal y profesional.
- ☒ Medidas entorno personal:
- ☒ Revisiones médicas. (acudir al especialista)
- ☒ Estilo de vida saludable.
- ☒ Mecanismos de respiro tras la jornada laboral.
- ☒ Estrategias individuales de afrontamiento como:
 - Técnicas de autocontrol emocional.
 - Técnicas de resolución de problemas.
 - Técnicas en habilidades sociales.
 - Técnicas de reestructuración cognitiva.
 - Mindfulness
 - Técnicas de relajación y control de la respiración.

En el (SB) además del tratamiento preventivo anterior, se recomienda la separación de la actividad laboral (de manera temporal mediante la reubicación en otro servicio).

Si esto no fuese suficiente, se optaría por la baja laboral temporal.

Se recomienda la entrevista clínica con el/la médico/a o terapeuta especializado/a para ahondar en el problema y buscar la solución más factible para el paciente realizando terapias conductuales, estrategias de afrontamiento y cambio de estilo de vida.

Por último, hablamos a nivel farmacológico, soliendo prescribirse somníferos para los trastornos del sueño y antidepresivos dopaminérgicos para la ansiedad.

5 Discusión-Conclusión

Nuestros/as profesionales están cansados/as física y emocionalmente, sobre todo profesionales procedentes de Servicios de Urgencias. La carga de trabajo, la intensidad, la inmediatez en la toma de decisiones y actuaciones, hacen que los/as trabajadores/as se sientan cansados/as, desmotivados/as, impotentes, con falta de realización personal, despersonalización humana y presiones sociales.

Es primordial que las Instituciones Públicas y Privadas doten al personal sanitario de los recursos humanos y materiales necesarios para detectar y apoyar síntomas precoces o tratamientos relacionados con el Síndrome de Burnout o el Desgaste Profesional.

Garantizar el correcto desempeño de nuestra profesión, no sólo es una mejora para el personal sanitario, sino para los /as pacientes que mejoraran en la calidad asistencial recibida.

La Ley General de la Seguridad Social considera accidente de trabajo la enfermedad contraída por el /la trabajador/a con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo lugar por causa exclusiva de la ejecución de

éste, por lo que el Síndrome Burnout es reconocido como accidente laboral y en cuanto los/as profesionales sanitarios/as debemos hacer uso de los derechos inherentes y solicitar los servicios específicos cuando sea necesario.

”Está en nuestras manos dignificar la profesión y cuidar a quien la ejerce”.

6 Bibliografía

- <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original19.pdf>
- <https://revistamedica.com/burnout-sanitarios-urgencias-extrahospitalarias/>
- Revista Ocronos. Vol. IV. No 6–Junio 2021.
- WHO. World Health Organization. https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/.
- Blanca-Gutiérrez JJ, Arias-Herrera A. Síndrome de Burnout en personal de Enfermería. 2018.
- Manzano G. Síndrome de Burnout y riesgos psicosociales en personal de Enfermería. 2008.
- Juárez Jiménez MV, De La Cruz Villamayor J, Baena Bravo A. Estrategias en el Síndrome de Burnout del personal sanitario. Med fam Andalucía. 2018
- Salillas R. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario: un estudio descriptivo. Enfermería del trabajo. 2017.
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8551298>.
- <https://www.20minutos.es/noticia/4919147/0/Sindrome-del-trabajador-quemado>. Revista 20 minutos.
- <https://osha.europa.eu/es/themes/psychosocial-risks-and-mental-health>. Agencia Europea para la Salud y Seguridad en el Trabajo.

Capítulo 211

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

NADIA NIETO RODRÍGUEZ

MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ

EUGENIO LLORENS LUCAS

ROCIO LOZANO CORREDOR

MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos es, en definición por el Sistema Nacional de Salud, una organización de profesionales sanitarios, que asiste de manera multidisciplinar, en un área específica dentro del hospital, cumpliendo unos requisitos estructurales, organizativos, de calidad y funcionales para poder dar garantía a unas condiciones de eficiencia y seguridad a la hora de atender a los pacientes que necesitan para recuperarse, soporte respiratorio y de, al menos, dos sistemas u órganos.

Son pacientes (por ejemplo, con un fallo multiorgánico) que precisan soporte.

Todo ello nos lleva a la exigencia de un tratamiento, asistencia, cuidados y vigilancia más estricta y específica que la que podemos ver en una planta de otra unidad.

Para entender el significado y origen de esta unidad nos vamos al año 1860, cuando Florence Nightingale, una pionera de la medicina moderna, hizo especial inciso en la necesidad de que existieran en los hospitales unas unidades especiales que pudieran dotar al paciente de una zona exclusiva donde pudieran recuperarse tras una cirugía.

Después surgieron las primeras unidades de cuidados intensivos Postquirúrgicas en Alemania, tras la Segunda Guerra Mundial.

Ya en los años 60, la unidad de cuidados intensivos se desarrolla como una unidad de enfermería, teniendo un tratamiento intensivista y se encontraban apartadas de las salas de los hospitales.

En el año 1958 solamente una cuarta parte de los hospitales con más de 300 pacientes tenían una unidad de cuidados intensivos.

En España con el Real decreto 2015/1978 se concibe la medicina intensiva como tal y en el año 1974 se crea una asociación científica y se organizaba el X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias para, posteriormente, convertirse en la actual Sociedad española de enfermería, intensiva y unidades coronarias (SEEIUC).

2 Objetivos

Comprender de manera sencilla la dinámica, estructura, organización y protocolos de una Unidad de Cuidados Intensivos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital es un servicio en el que se estabiliza al paciente crítico y se le realizan una serie de prácticas y técnicas para una recuperación gradual de sus funciones orgánicas que pueden haber quedado afectadas tras una situación o patología que le haya puesto en peligro su vida.

La gran mayoría de los ingresos en esta unidad se da en situaciones que precisa una rápida y organizada actuación de los profesionales sanitarios que están en ella y deberán manejarse con total soltura, fluidez, rapidez y seguridad, de manera que ese paciente pueda ser estabilizado de la manera más rápida.

Para ello, deberán conocer cada técnica y procedimiento que se va a realizar.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de cuidados intensivos realizará una serie de funciones que expondré a continuación:

- Una de las labores imprescindibles y que se hará en cada ingreso que llegue será la preparación de todo el material necesario para las técnicas que le vayan a realizar al paciente, como una vía central, sonda vesical con urinómetro, tubo endotraqueal...
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería monitorizará también al paciente a su llegada tras la retirada de prendas y de sus pertenencias.
- Hará también un registro de las pertenencias del paciente para entregarlas posteriormente a su familia.
- Se realizarán, junto al equipo de la unidad, una serie de cambios posturales, siempre adaptado a las condiciones del paciente, para evitar la aparición de úlceras por presión.
- En el turno de la mañana se realizará el aseo del paciente, siendo el técnico de cuidados auxiliares de enfermería quien prepara todo lo necesario para este momento. El aseo se realizará con cuidado y con más personal del equipo (celador y enfermería), manejando con especial cuidado todas las vías periféricas, tubuladuras y otras conexiones que pudiera tener el paciente, así como los apósitos, aprovechando también la movilización para hidratar la piel y prevenir las úlceras por presión.
- Se encargará también de la nutrición del paciente, ya sea enteral o en su caso, oral, haciendo las peticiones y/o modificaciones de la dieta al servicio de cocina según el plan de tratamiento que haya establecido el médico.
- Otra labor importante es el lavado de la cavidad oral, cambio de la fijación del tubo endotraqueal (si lo tuviese el paciente), cura de la traqueotomía con la enfermera (si la tuviese) y la limpieza de ojos y cara en cada turno así como colaborar en la cura de otras heridas que pudiese tener.

- La reposición de los boxes, carro de paradas, carro de vías, carro de sondas y mantenimiento de almacenes es también otra función de técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- El apoyo psicológico es también otra labor que realiza el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y la considero fundamental, ya que, cuando el paciente está consciente, a quien más verá entrar al box y con quien más contacto tendrá es con el equipo de enfermería y será con quien más interactúe y pueda expresar sus emociones.

En definitiva, es una figura fundamental en el equipo de esta unidad para el cuidado de los pacientes críticos.

5 Discusión-Conclusión

El personal de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería es un pilar muy necesario y juega un papel fundamental en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales a la hora de realizar los cuidados y la atención de los pacientes críticos, ya que apoyan y colaboran en la mayor parte de las técnicas y cuidados de estos pacientes y están en constante contacto con ellos.

Además, se encargan de realizar un control eficaz, junto a enfermería, para la recuperación de estos pacientes, con el fin de que puedan sentirse cómodos y acogidos y hacer más llevadera su estancia en este tipo de situaciones tan críticas que pueden llegar a causar ansiedad, si tenemos en cuenta que tampoco podrán recibir visitas de sus familiares como en otros servicios (esta unidad tiene un horario bastante más restringido).

Basándose en todo esto, se puede decir que el papel del técnico en cuidados de enfermería en esta unidad es fundamental.

6 Bibliografía

Curso de Cuidados Auxiliares de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos adultos -23-28361-SC03 (sofos Sescam)

Experiencia propia en la Unidad de cuidados intensivos del Hospital General Universitario de Toledo, hospital Universitario de Fuenlabrada y Hospital Universitario de Getafe

Capítulo 212

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO: CUIDADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

IRENE MUÑIZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Se conocen muchos tipos de urgencias y entre ellas está la que se verá reflejada en este capítulo.

En constante actualización, ya que los protocolos van cambiando y adaptándose para dar la mejor respuesta a cada tipo de urgencia.

El traumatismo craneoencefálico, que más adelante se llamará también con las siglas TCE, es conocido por todo el mundo que lo ha sufrido de cerca o los que diariamente se enfrentan a manejar debidamente este problema.

Se trata de una lesión física producida en el tejido que recubre el cerebro, en ocasiones puede comprometer la integridad de la función cerebral, parcialmente o de forma total.

Puedes ser leves o graves donde incluso el paciente pueda llegar a perder el conocimiento.

Por eso es vital saber y conocer los cuidados que realizará el técnico en cuidados auxiliares de enfermería cuando tenga que enfrentarse a este tipo de traumatismo.

Así como saber manejar los tiempos y la evolución que debe tener un paciente en estado grave.

Como parte del equipo, la rápida actuación será fundamental para que en un futuro el paciente sufra las menores secuelas posibles que normalmente afectan a la razón, la memoria, aspecto sensitivo, el habla, incluso el ámbito emocional.

2 Objetivos

Saber actuar ante la llegada al hospital de un paciente tras un traumatismo craneoencefálico.

Dar a conocer los signos y síntomas que puede presentar, así como las posibles secuelas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 cerebro como órgano es de los más complejos e importantes, como si fuera la centralita en un gran ordenador.

Aloja tres áreas diferentes pero conectadas entre sí como las sensoriales, motoras y las de asociación.

Con el repaso previo en la anatomía de esta parte del cuerpo humano pasaremos a detallar el tema a tratar.

Cuenta con diferentes capas de protección que pueden amortiguar y son el cráneo, el líquido cefalorraquídeo, meninges y el propio cuero cabelludo, que es la parte exterior y la que primero entra en contacto con el objeto/superficie.

En primer lugar, se valorará si es un TCE abierto o cerrado que requiera una rápida intervención quirúrgica o no. Con una debida valoración en la escala de

Glasgow que en menor puntuación la gravedad será mayor.

Cuando en planta se recibe a un paciente con TCE, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería estará pendiente de los síntomas que presenta.

Como son el dolor de cabeza, mareo/ inestabilidad, náuseas o vómitos, que empiece a convulsionar o esté intranquilo, con signos de estupor y posible coma.

Mientras el equipo médico y enfermería pautan la medicación correcta, el TCAE irá a la habitación del paciente cada cierto tiempo para evaluar que sigue orientado en espacio-tiempo, que su discurso es coherente y puede atender y ejecutar órdenes.

Obtener también un electrocardiograma y una toma de constantes vitales para saber el estado del paciente.

El paciente en todo momento estará alineado corporalmente y con la cabeza en una posición neutra en cabecero a 20 a 30°.

Se atenderá también al resto de factores de riesgo para el paciente, como pueden ser estreñimiento o aparición de úlceras por presión, por la falta de movilidad en un tiempo y sobre todo un control exhaustivo del dolor, del que informaremos rápidamente a enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Como se relata, un traumatismo craneoencefálico conlleva una rápida actuación del equipo multidisciplinar perfectamente coordinado.

Se trata desde el principio valorando los síntomas que sufre el paciente y cada uno realiza su trabajo para que el enfermo sufra el menor dolor posible y minimizando factores de riesgo de sufrir infección nosocomial o distintas patologías asociadas.

No se debe perder de vista que el TCE en ocasiones muy grave puede ser causa de fallecimiento o invalidez.

Es la causa más frecuente, sobre todo en accidentes de tráfico o laborales, y suele darse en muchas ocasiones en personas más jóvenes.

Otro colectivo de riesgo son las personas que pasan de los 60 y muchas veces suele darse en el ámbito de la geriatría.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. www.neurotrauma.net.
5. www.revistamedica.com.

Capítulo 213

LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (CAE) EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.

MARIA DEL PRADO PERALTA SANCHEZ AREVALO

INMACULADA CAÑAS PRIETO

MARIA SOLEDAD MORENO GARCÍA

MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ

ALBA DÍAZ COGOLLUDO

1 Introducción

Se define muestra biológica humana como cualquier material de origen humano que sea susceptible de ser conservado. El análisis y el estudio de estas muestras revelarán detalles importantes sobre la salud del paciente y el curso de tratamiento propuesto.

En planta del hospital, los TCAE y el personal de enfermería son los encargados de recolectar las muestras biológicas. Se recolectarán muestras de orina, incluida la orina de 24 horas y la orina recolectada sistemáticamente y sangre (bioquímica, hematología y hemocultivos, incluido cultivo de heces, parásitos en las heces y sangre en las heces), secreciones respiratorias (esputo, aspiración, lavado de secreciones) y heces.

El tipo de muestra (esputo, heces) determinará la técnica de recogida.), y por el tipo de investigación a realizar (microbiológica, bioquímica), así como por tipo del paciente del participante del estudio (vehículo portador de catéter, colostomizado).

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en la recogida de muestras.

3 Metodología

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

4 Resultados

Al tomar muestras siempre se deben tener en cuenta ciertas normas:

En la recogida de muestras de orina, la muestra será tomada por personal médico en el caso de cateterismo vesical. Con esta prueba se puede conocer rápidamente posibles alteraciones provocadas por factores patológicos o fisiológicos a partir de un examen macroscópico. Volumétricamente (poliuria, oliguria, anuria) y visual (gelatinosa, turbia) tono (rojizo, marrón) y olor (afrutado, putrefacto).

El tipo de muestra varía según el análisis requerido:

- Examen periódico: una única micción incidental.
- Urocultivo o examen microscópico: muestra única de orina de la mañana.
- Control de la diuresis: ejecutar en un periodo de tiempo predeterminado (12 o 24 horas).
- Análisis de rutina: Si bien es posible utilizar una muestra aleatoria, se recomienda la muestra de orina de la primera mañana.

El proceso a llevar a cabo es:

- Instalamos las herramientas: la cuña, el empapador y el recipiente para la recogida de la muestra orina.

- Guiamos al paciente a través del proceso.
- Le informamos cómo obtener la muestra si el paciente es un contratista independiente.
- Colocamos la cuña y tomamos la muestra cuando el paciente es dependiente.
- Se aplican funda y etiqueta. Cuando utilizamos un recipiente con tubo de vacío, introducimos el tubo en el recipiente y aplicamos presión hasta que la orina comience a fluir. Después del etiquetado, retiramos el tubo.
- El laboratorio recibirá la muestra. Si no es posible se mantendrá refrigerado.

En el urocultivo o análisis microbiológico: la muestra debe ser estéril y se toma de la primera orina del día tras excluir la primera y la última micción. La muestra se obtendrá en un recipiente estéril. Las funciones a llevar a cabo son:

- Realizaremos una higiene genital previa al paciente para evitar que la muestra se contamine con microbios externos; es fundamental que el secado se realice con gasa esterilizada. Para los pacientes que trabajan por cuenta propia, les proporcionaremos las instrucciones pertinentes.
- Etiquetaremos el envase una vez tomada la muestra.
- Se entregará lo antes posible al laboratorio teniendo en cuenta las precauciones de seguridad para el viaje. Si no es posible se mantendrá refrigerado.
- Todas las micciones realizadas durante ese tiempo se recogen como parte del proceso de control de la diuresis un plazo de 12 o 24 horas.
- Una vez desechada la primera orina del día, todas las micciones posteriores se irán recogiendo en el transcurso del tiempo correspondiente.
- Una vez completada la recogida se anotará el volumen total.
- Se desechará, se enviará al laboratorio para su análisis (donde se mantendrá refrigerado) o se manipulará, de acuerdo con las instrucciones.

En la recogida de muestras de heces, las muestras se tomarán directamente de la bolsa de colostomía en los casos en que exista. Si el paciente es independiente, le proporcionaremos las instrucciones necesarias. Si no, tomaremos una muestra de la cuña. Mantendremos la orina afuera para que no se contamine.

Para la recolección de muestras para análisis general se utilizarán recipientes estériles; si el recipiente carece de cuchara, una En su lugar, se utilizará un depresor de lengua o una espátula. El laboratorio recibirá una pequeña muestra y la analizará.

En algunas circunstancias, se puede tomar una muestra del recto de un paciente directamente usando un hisopo al recolectar una muestra para el cultivo de heces. La recogida de muestras para un estudio de parásitos se realizará a primera hora

de la mañana, antes de la limpieza.

Se entregará al laboratorio la muestra de esputo junto con la cinta adhesiva. Se deben considerar cuidadosamente las características de la muestra, incluido su aspecto (sangriento, purulento) y cantidad.

5 Discusión-Conclusión

La toma de muestras biológicas de acuerdo con los protocolos establecidos en piso hospitalario es responsabilidad del técnico auxiliar de enfermería y del personal de enfermería. Se debe prestar mucha atención a las características de las eliminaciones, tomar notas y reportar cualquier posible anomalía que pueda observarse a simple vista durante la recolección de la muestra (el volumen, el color, el olor, la apariencia, etc.). Para evitar la contaminación y mantener las propiedades originales de las muestras, debe estar familiarizado con los protocolos de recolección, manipulación, almacenamiento y transporte de muestras. En el caso de, también existe el procesamiento de materiales.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/muestras-biologicas-recogida/>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 214

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA HIGIENE BUCODENTAL EN PACIENTES CON ALZHEIMER.

MARIA DEL PRADO PERALTA SANCHEZ AREVALO

MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ

ALBA DÍAZ COGOLLUDO

MARIA SOLEDAD MORENO GARCÍA

INMACULADA CAÑAS PRIETO

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia en pacientes de edad avanzada y es una forma progresiva e irreversible de demencia neurodegenerativa. Numerosos factores contribuyen al lento pero constante desarrollo. El objetivo de esta revisión de la literatura es familiarizar a los dentistas con las características clínicas de la enfermedad y cómo planificar el tratamiento dental para los pacientes que padecen esta afección porque afecta a una población en crecimiento. Debido a una higiene bucal inadecuada y una higiene bucal deficiente, se ha sugerido que los pacientes con enfermedad de Alzheimer tienen una mayor incidencia de enfermedades bucales.

Su riesgo de padecer enfermedades bucales, caries y enfermedades periodontales aumenta debido a los efectos secundarios de los medicamentos, el mal cuidado personal, los desafíos de acceso a la atención, las actitudes hacia los profesionales de la salud y el desinterés en el cuidado dental.

Según las investigaciones, las personas con demencia tienen una buena salud bucal más caries, menos flujo de saliva y menores ingresos que aquellos sin demencia. Por lo tanto, es fundamental dar a estos pacientes consejos sobre cómo mantener una buena salud bucal y, si es necesario, una variedad de sustitutos y estimulantes de la saliva.

Fluoruro artificial aplicado tópicamente, buena higiene bucal y visitas regulares al dentista.

2 Objetivos

Dada la importancia de una buena salud bucal en los pacientes con Alzheimer, describir y resaltar las funciones de los TCAE.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pacientes con enfermedad de Alzheimer deben desarrollarse teniendo en cuenta la gravedad de la enfermedad y siempre en consulta con la familia del paciente o los responsables de su atención. Cabe señalar que la cavidad bucal del paciente irá empeorando gradualmente a medida que la enfermedad empeore, especialmente en términos de higiene bucal. Por lo tanto, si el paciente es tratado durante las primeras etapas de la enfermedad, se debe detener este deterioro con acciones inmediatas (flúor tópico, enjuagues con clorhexidina, etc.) y visitas frecuentes para profilaxis, lavado y/o pelado.

Los miembros del personal de los centros de salud mental y de pacientes hospitalizados, así como las familias de los pacientes, deben recibir capacitación sobre los

procedimientos adecuados de higiene bucal. En instalaciones con o sin estos dispositivos quirúrgicos, el personal de enfermería puede recibir capacitación en técnicas como la profilaxis y/o el uso de flúor. También se puede proporcionar asistencia sencilla con las técnicas de cepillado diario, que pueden incluir el uso de un cepillo de dientes eléctrico y/o una gasa húmeda para complementar la eliminación de irritantes. Las siguientes son algunas recomendaciones de higiene:

- Regular la ingesta de medicamentos: Algunos de estos medicamentos, como los antipsicóticos y los antidepresivos, pueden tener efectos secundarios negativos sobre la salud bucal, como reducción de la salivación o sequedad de boca. Incluso el síndrome de "boca seca crónica" (pérdida de saliva de la boca) puede ser provocado por algunos medicamentos. Dado que la saliva es un componente crucial para la salud, este efecto va más allá de la desagradable sensación de sequedad en la boca. Cuando la producción de saliva disminuye, los problemas dentales como las caries se vuelven más frecuentes.
- Prevenir cambios en la dieta: Los alimentos azucarados y las dietas monótonas son otros de los factores que tienen más probabilidades. Dado que los adultos mayores tienen propensión a consumir alimentos ricos en azúcar, mantener una higiene bucal estricta es fundamental para evitar la aparición o el desarrollo de caries. No se recomiendan snacks, dulces ni beber bebidas azucaradas como sustituto de una comida principal. En la progresión de la enfermedad, la nutrición juega un papel preventivo.
- Es recomendable cepillarse dos veces cada día. Las dietas y medicamentos mencionados anteriormente no deberían hacer que usted reduzca sus buenas prácticas de higiene dental. En este punto, se debe continuar con el cepillado dos veces al día debido a la alta probabilidad de que surjan problemas. Los cepillos de dientes eléctricos son la mejor opción para los pacientes con Alzheimer, siempre que utilicen el mejor cepillo de dientes para la circunstancia. Son capaces de soportar las vibraciones de la boca. El cepillado se puede realizar de forma rápida y eficaz. Lo mejor es utilizar un cepillo suave para frotar suavemente las encías y el paladar del paciente. Además, debes usar hilo dental al menos una vez al día. Si el paciente rechina los dientes con frecuencia, son la mejor opción. No es necesario quitarlo porque el uso de hilo dental sigue siendo fundamental para prevenir la acumulación de residuos. Si usas dentadura postiza, asegúrate de limpiarla minuciosamente después de cada comida.
- Con frecuencia tienen problemas para tragar, lo que provoca que se acumulen restos de comida en los dientes. Se debe tener cuidado al limpiar porque esta es

otra fuente potencial de infección. Si los pacientes tienen dentaduras postizas parciales debido al envejecimiento y las usan, deben limpiarlas después de cada comida.

- Examina tus encías y dientes al menos una vez al mes. La comprobación periódica de anomalías es la mejor manera de realizar un seguimiento de la salud bucal de un paciente con Alzheimer.

5 Discusión-Conclusión

Nuestra sociedad se está volviendo cada vez más de mediana edad y mayor, en gran medida porque la esperanza de vida en las sociedades occidentales está aumentando. Esto afecta directamente el tipo de servicios. Los futuros especialistas en odontología deberán poder brindar una variedad de servicios dentales porque hay más pacientes de edad avanzada con la enfermedad de Alzheimer y quienes los necesitan para trabajar con instituciones y organismos gubernamentales.

No existe tratamiento para esta enfermedad, solo una ligera mejora en la esperanza de vida y la progresión de la enfermedad. Cuando un paciente tiene una enfermedad terminal, lo único que importa es detener el dolor cuando aparece y mantener sus necesidades nutricionales acordes con su estado ambulatorio.

6 Bibliografía

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

Capítulo 215

LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE LABORATORIO EN EL HOSPITAL.

MARIA DEL PRADO PERALTA SANCHEZ AREVALO

MARIA LUISA RUANO RODRIGUEZ

ALBA DÍAZ COGOLLUDO

MARIA SOLEDAD MORENO GARCÍA

INMACULADA CAÑAS PRIETO

1 Introducción

Para obtener datos de diagnóstico y seguimiento de la salud del paciente, el servicio de laboratorio del hospital, componente crucial del sistema sanitario, se encarga de analizar las muestras biológicas. El principal objetivo del laboratorio del hospital es ofrecer resultados precisos y oportunos que respalden el criterio clínico.

Además de contar con equipos de última generación, el laboratorio del hospital cuenta con personas altamente capacitadas, incluidos científicos clínicos y técnicos de laboratorio. Estos especialistas realizan diversas pruebas en muestras de sangre, orina, tejidos, fluidos corporales y otros materiales biológicos para diagnosticar enfermedades, medir la función de los órganos y encontrar marcadores particulares.

Entre las pruebas frecuentes que se realizan en los laboratorios hospitalarios se encuentran análisis de hematología, química clínica, microbiología, serología, inmunología, genética y patología. Las enfermedades infecciosas, los trastornos metabólicos, las enfermedades genéticas, el cáncer y otras afecciones médicas deben diagnosticarse mediante estas pruebas.

Al ofrecer información crucial que orienta el tratamiento y seguimiento de las enfermedades, el laboratorio hospitalario juega un papel fundamental en la atención al paciente. Los médicos pueden actuar con menos dificultad gracias a los resultados de laboratorio, determinar la eficacia de un tratamiento, hacer un diagnóstico preciso y modificar el curso de acción a la luz de los resultados.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las diversas funciones y tareas que debe realizar el TCAE en relación con el funcionamiento de un laboratorio hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El TCAE contribuye significativamente al trabajo del laboratorio clínico y trabaja en estrecha colaboración con el personal de enfermería y especialistas de laboratorio. Aunque el TCAE no realiza pruebas de laboratorio increíblemente complejas, su participación es crucial en varios campos. Algunas de las funciones del TCAE en laboratorio clínico:

- Recogida de muestras: El TCAE es el encargado de obtener muestras biológicas, como sangre, orina o hisopos, siguiendo protocolos y procedimientos establecidos. Se asegura de que se apliquen los métodos adecuados para reducir el riesgo de contaminación y garantizar la integridad de la muestra.

- Preparación y etiquetado de muestras: TCAE prepara y etiqueta correctamente las muestras, asegurándose de que estén correctamente identificadas con el nombre del paciente, fecha y hora de recogida. Esto es crucial para garantizar la trazabilidad de las muestras y evitar errores.
- Transporte de muestras: el TCAE es el encargado de trasladar las muestras recolectadas desde el sitio de recolección al laboratorio, asegurando la integridad de las muestras durante todo el proceso y cumpliendo con las normas de seguridad de transportación.
- Mantenimiento y limpieza de equipos: Los TCAE trabajan en conjunto para mantener y limpiar las herramientas y suministros utilizados en el laboratorio clínico. Para garantizarlo, es necesario seguir procedimientos de limpieza adecuados, el equipo esté en buen estado de funcionamiento, y notificar cualquier incidencia al personal correspondiente.
- Soporte administrativo: El TCAE puede ayudar con las tareas administrativas asociadas con el laboratorio, incluida la gestión de la documentación de análisis de muestras, el seguimiento de las muestras y la creación de etiquetas o informes de resultados.
- Atención al paciente: Durante la recolección de muestras, el TCAE habla y asiste a los pacientes que visitan directamente el laboratorio clínico. También puede dar instrucciones para la recopilación adecuada de datos y responder a consultas sencillas sobre prácticas de laboratorio, muestras en la casa.

5 Discusión-Conclusión

Se debe implementar una estrategia centrada en el paciente si se quieren mejorar los servicios de laboratorio clínico. Esto implica priorizar la comunicación efectiva y directa con el paciente, ofrecer una atención respetuosa y comprensiva y garantizar experiencia de muestreo favorable. Reducir los tiempos de espera acortará el tiempo necesario para entregar los resultados. Con una gestión eficaz de los recursos y una buena gestión de la carga de trabajo, es posible. Además, es fundamental mantener estándares estrictos de exactitud y precisión en los análisis, asegurando la calibración y el mantenimiento aparatos regulares. Una recomendación clave para garantizar la excelencia en el servicio de laboratorio clínico es la implementación de estrictos sistemas de control de calidad y capacitación continua del personal de laboratorio.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tcae-manejomuestras-biologicas/>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 216

FIGURA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO: MANEJO Y PRIORIDADES EXPLORATORIAS EN SU ESTABILIZACIÓN

NADIA NIETO RODRÍGUEZ

MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ

EUGENIO LLORENS LUCAS

ROCIO LOZANO CORREDOR

MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

De los casos, más críticos y complicados a los que nos encontramos, es el paciente politraumatizado, ya que para poner su vida a salvo, es preciso dar una atención integral y multidisciplinaria, a la vez que precisa calidad asistencial.

Este tipo de paciente puede llegar con lesiones muy severas y en diversas regiones anatómicas, por lo que se pueden ver afectados distintos sistemas de su

organismo. De ahí que hay que valorar de manera exhaustiva y cuidadosamente pero a la vez con mucha rapidez.

Lo que prima en este paciente es su estabilización, localizando las lesiones para tratarlas cuanto antes y no llegar a mayores complicaciones; en esta situación es muy importante saber cuál es el mecanismo que causó las lesiones para entender o intuir dónde pueden estar localizadas a vista general antes de llegar a hacer las pruebas.

Todo esto hay que hacerlo de manera rápida y eficaz, pues cuanto más tiempo pase, más riesgo de lesión permanente, tendremos y cómo no, de que el paciente llegue a fallecer.

En su atención, el técnico en cuidados de enfermería junto con enfermería, ejercen un papel de gran importancia, puesto que son quienes más tiempo pasan en contacto directo con el paciente, le valoran, le estabilizan y vigilan sus constantes para poder observar y alertar si algún parámetro empeora y así aplicar el protocolo necesario rápidamente.

El equipo de enfermería no solo da la atención necesaria en lo que a la clínica respecta, sino que se encarga de otros aspectos tales como el apoyo psicológico, la escucha activa, tratamiento para el dolor y orientación durante todo el proceso tanto al paciente como a su familia.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel que ejerce el equipo de enfermería, más en concreto, el técnico, en cuidados de enfermería, a la hora de atender a un paciente politraumatizado

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha consultado el temario del curso atención al paciente politraumatizado y grandes quemados de Medicarama y he aportado mi experiencia como técnico en cuidados de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital general universitario de Toledo, donde he trabajado desde mayo hasta septiembre de 2023.

En dicha unidad se encuentra un área específica para pacientes con politrauma y neurocríticos.

4 Resultados

Cuando estamos atendiendo a un paciente politraumatizado, es de gran importancia, hacer una valoración de manera eficaz, y sobre todo, rápida.

El equipo de enfermería es el que más contacto directo tiene con el paciente y cuando llega al hospital lo más primordial es evaluar la vía aérea, su frecuencia respiratoria, la vía circulatoria, su estado neurológico y valorar las lesiones a nivel traumático. Se establecen unas prioridades:

- X: control de la hemorragia externa, si la hubiera.
- A: Manejo de la vía aérea.
- B: ventilación y oxigenación.
- C: circulatorio y perfusión de líquidos.
- D: daño neurológico.

Cuando el paciente ya está estable, es muy importante la monitorización y vigilancia continua para poder observar cualquier signo que nos pueda sugerir que el paciente está empeorando (signos de hipotensión, shock, etc.).

Es imprescindible evaluar de manera continua para ajustar los cuidados y su tratamiento ante cualquier cambio.

Los cambios posturales serán muy minuciosos y serán realizados en equipo. Es por ello que el personal debe estar bien formado y preparado en lo que respecta a la movilización de estos pacientes. Siempre colaborando todos para dar una atención de calidad.

Dentro de la asistencia, también cuenta la hidratación de la piel y el aseo y, si está consciente el tratamiento del dolor y el estado emocional.

Los técnicos en cuidados de enfermería también asisten y ayudan a enfermería cuando se realizan las curas y otras técnicas como por ejemplo colocación de sonda, nasogástrica, sonda, vesical, canalización de vías periféricas y otros procedimientos.

En resumen, es primordial la evaluación inicial y la observación constante de cómo está el paciente, revisar su evolución, aplicando el tratamiento según los cambios que vayan surgiendo.

Es importante saber que es un procedimiento minucioso y complicado que precisa una atención multidisciplinar, en equipo y con una capacidad de toma de decisiones que lo termine, por parte de todo el equipo de profesionales de la salud que se ven implicados.

5 Discusión-Conclusión

Atender a un paciente politraumatizado, puede ser un procedimiento de gran complejidad que necesita un gran enfoque y una perfecta coordinación entre los profesionales sanitarios que componen el equipo.

Enfermería y técnicos de cuidados de enfermería juegan un papel muy importante, ya que se encargan de realizar la valoración directa inicial y debe ser muy exhaustiva, eficaz y rápida.

La estabilización del paciente es primordial y para ello se vigila constantemente la monitorización de manera que si surgen cambios o apareciesen signos de empeoramiento, se pueden tomar las medidas necesarias cuanto antes. Esto nos llevaría a un mejor pronóstico y una mejor esperanza de recuperación.

Es prácticamente imprescindible que el equipo de enfermería esté bien formado en cuanto a la técnica y protocolos de asistencia en este tipo de pacientes, a la vez que se le aportan otro tipo de atenciones, como lo son el apoyo emocional con la humanización de los cuidados.

6 Bibliografía

1. Experiencia laboral en el Hospital General Universitario de Toledo en la Unidad de Cuidados Intensivos donde existe un área específica para pacientes politraumatizados y neurocríticos.
2. Temario del curso atención al paciente politraumatizado y grandes quemados de Medicarama

Capítulo 217

LA LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

NADIA NIETO RODRÍGUEZ

MARIA JOSE ROMERO JIMENEZ

EUGENIO LLORENS LUCAS

MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ

ROCIO LOZANO CORREDOR

1 Introducción

Es un servicio muy frecuentemente transitado, cuando de manera repentina surge un problema de salud que nos impide hacer la vida normal y no nos da tregua suficiente para esperar a que nos valoren en el centro de atención primaria.

Los pacientes que acuden, suelen encontrarse en una fase aguda de la patología que están sufriendo, es decir, se encuentran mal de pronto y requieren atención y asistencia sanitaria en el transcurso de las horas siguientes dependiendo de la gravedad de la situación o patología.

Esta unidad se caracteriza por estar perfectamente organizada, ya que es vital actuar de manera rápida, fluida y meticulosa.

Para priorizar la atención a la gran cantidad de pacientes que suelen acudir, se realiza lo que llamamos triaje, que da paso de manera más preferente, a menos, en función de la gravedad de la enfermedad que presente el paciente.

Para ello, es necesario también contar con el equipo de profesionales adecuado y que tenga la preparación requerida para estas situaciones.

En este capítulo, concretamente, nos centraremos en el técnico de cuidados de enfermería que tiene muchísimas funciones en este área y desarrolla un papel muy importante, ya que es uno de los profesionales sanitarios que más contacto directo tiene con el paciente.

2 Objetivos

Mostrar las funciones en el servicio de urgencias del técnico de cuidados de enfermería, haciendo especial inciso la importancia del trabajo en un equipo correctamente integrado para resolver y abordar las situaciones que se den de manera satisfactoria eficiente y con calidad

3 Metodología

Para hacer este capítulo he recopilado datos basados en mi propia experiencia y el día día en el hospital universitario de Fuenlabrada como técnico de cuidados de enfermería en el servicio de urgencias durante el año 2020 y el año 2023 donde he trabajado en diversos puestos de los que dispone este servicio.

4 Resultados

Cuando un paciente acude a la urgencia, será atendido por un equipo de profesionales de la salud que están ahí para que esa persona pueda resolver cuanto antes la patología o situación que esté presentando.

La urgencia funciona las 24 horas del día, los 365 días del año en un hospital y se compone de profesionales que ejercen distintas especialidades como son la traumatología, otorrinolaringólogo, urgencia general y, en caso, de ser preciso pueden llamar a otros especialistas que se encuentran de guardia en el hospital para su valoración y tratamiento inmediato Como por ejemplo los neurólogos , cardiólogos , etc.

Por tanto, es un servicio completo, competente y preparado para abordar cualquier situación, valorar, tratar y derivar a otros centros de referencias, si

fuese necesario, como es el caso de un código ictus o un gran quemado. Se pueden cuestionar cuáles serían las labores que realiza el técnico de cuidados de enfermería con cada paciente que ingrese, Primeramente, le va a identificar, le va a acomodar en una zona u otra, según el tratamiento que precise y colaborará con enfermería en la toma de constantes, anamnesis y tratamientos teniendo en cuenta sus necesidades y aplicando las medidas de confort que sean más adecuadas. Colaborará en la realización de pruebas y es prácticamente el profesional que tiene más contacto directo con el paciente junto a enfermería y quien trasladará a este profesional cualquier dato de interés que pueda apreciar durante su atención. Sus labores variarán, en función de si se encuentra en la sala de tratamientos, consultas, observación, traumatología u otorrinolaringología , siendo en cada uno de los puestos , sus labores más específicas que en otros. Es por ello, que necesita una formación y una preparación muy amplia para poder dar una respuesta efectiva, rápida y de calidad a ese paciente.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de urgencias es un servicio polivalente, en el cual se encuentra un equipo de profesionales de distintas especialidades para poder dar una asistencia de calidad y abastecer la demanda urgente de la zona donde se encuentre el hospital.

Ese equipo debe estar bien formado y entrenado para ser capaces de afrontar y resolver una situación vital, tomar las decisiones adecuadas, con rapidez y fluidez y poder así aplicar los tratamientos idóneos para que los pacientes se recuperen de esa situación o patología urgente en la mayor brevedad posible, aplicando las medidas de confort necesarias, con calidad y eficiencia.

De ahí, la importancia de la formación continua y la actualización de conocimientos en el personal sanitario.

6 Bibliografía

Experiencia propia como técnico de cuidados de enfermería en el servicio de Urgencias en el hospital universitario de Fuenlabrada tanto en el año 2020 como en el 2023

Capítulo 218

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA HIGIENE BUCAL DEL PACIENTE

MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE

MARISOL VILLALBA DEL MAZO

ELENA JIMENEZ SANZ

ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ

LAURA INIESTO GOMEZ

1 Introducción

Una correcta higiene de la cavidad bucal será más importante de lo que se puede pensar, la falta de higiene en esta cavidad puede ser motivo para que las bacterias proliferen en ella y dar lugar a caries, halitosis, infecciones, gingivitis o inflamación de las encías, estomatitis y un largo etcétera de posibles complicaciones.

Todo el mundo en algún momento de su vida tendrá un problema en la cavidad bucal, los más frecuentes serán las caries y la enfermedad de las encías que es una infección en estas y en el hueso que soporta o sujeta los dientes pudiendo llegar a perderlos incluso estando sanos.

También en la boca hay bacterias unidas a la salud, que son mayoría en proporción de las bacterias virtualmente patógenas; si esta armonía se tambalease será cuando aparecerán los problemas en la boca.

En España tres de cada cuatro personas tienen patologías bucodentales, por este motivo acudir a revisiones periódicas será un hábito primordial así como también tener una alimentación saludable y un correcto cepillado de los dientes y limpieza de la cavidad bucal como cuidado preventivo, utilizando un cepillo y dentífrico adecuado a la persona así como colutorio bucal y seda dental.

Los pacientes hospitalizados necesitarán una supervisión rigurosa de la higiene bucal.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) realizará la higiene de la cavidad bucal después de cada comida, si el paciente no pudiera hacerlo solo, estuviera inconsciente o por su patología no comiera seguirá el protocolo de la unidad.

2 Objetivos

Conocer e indicar los diferentes protocolos para la higiene bucal de los pacientes que están ingresados en los centros hospitalarios

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación bibliográfica sobre la literatura verificada 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

Manteniendo una correcta higiene bucal y dental se conseguirá ayudar a prevenir enfermedades o problemas de salud como el sangrado, que será el aviso de un problema del tejido que soporta el diente, si la encía sangra está enferma y necesitará tratamiento, una inflamación también será algo a tener en cuenta.

También se conseguirá evitar o controlar la halitosis constante, ya que varios estudios realizados demuestran que ésta es consecuencia del metabolismo de las bacterias, que generan compuestos sulfurados.

Una correcta higiene bucal dará como resultado o generará una buena autoestima y favorecerá las relaciones interpersonales.

Paciente autónomo pero que no se levanta:

1) Saludaré y explicaré al paciente el procedimiento, pedirá su colaboración y preservará su intimidad.

2) Con manos limpias y guantes prepara el material:

- Cepillo
- Pasta dientes
- Colutorio
- Seda dental
- Toalla
- Pañuelos desechables
- Vaso
- Batea
- Vaselina

Colocándolo todo a su alcance.

3) Pondrá al paciente en posición fowler y le colocará encima del pecho una toalla y dejara que el paciente se cepille, una vez terminado el cepillado le proporciona al paciente un vaso con agua o colutorio para enjuagarse la boca y en la batea se recogen los líquidos.

4) Le indicará que con ayuda de un pañuelo que se seque la boca y le proporciona vaselina para que se hidrate los labios.

5) Por último, el TCAE retirará utensilios, acomoda al paciente y preguntándole si necesita algo, se retira guantes y lava las manos; anotara incidencias si las hubiera.

Paciente inconsciente o intubado :

1)El técnico en cuidados auxiliares de enfermería con las manos limpias y guantes puestos prepara el material:

- Depresores linguales
- Sonda de aspiración que conectara al aspirador
- Gasas
- Empapador
- Vaso
- Colutorio
- Toallas
- Pañuelos desechables
- Pinza disección
- Batea
- Jeringas 10cc
- Vaselina
- Guantes

- 1) Con las gasas y depresores prepara torundas
- 2) Colocará el material cerca de la cama y preservará intimidad del paciente.
- 3) Colocará al paciente en decúbito lateral con la cabeza levemente girada hacia un lado, y si no hubiera contraindicación retirará la almohada.
- 4) Colocará el empapador y la batea bajo cabeza y cuello del paciente y con las torundas previamente preparadas que empapará en colutorio procederá a limpiar la parte interna de mejillas, las encías, la lengua, labios; repitiendo el proceso las veces necesarias utilizando tantas torundas como necesite.
- 6) Por último, aclarará la cavidad bucal utilizando una jeringa y aspirando al mismo tiempo desechando el líquido en la batea, una vez aclarada aplicará vaselina en labios para hidratar.
- Si el paciente estuviese intubado el procedimiento será irrigando interior de la boca con colutorio cargado en jeringa, seguidamente limpiará con una torunda y con el aspirador retirará el líquido, con oxigenoterapia no aplicará ninguna sustancia que contenga grasa en labios, por riesgo de quemadura originado al interactuar el oxígeno con estas.
- 7) Para finalizar, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería recogerá todo el material, acomodará al paciente, se quitará los guantes y lavará las manos y apuntará incidencias si las hubiera.

Paciente con prótesis dental :

Si el paciente no pudiera realizar la limpieza de su prótesis será tarea del técnico en cuidados auxiliares de enfermería realizarla.

- 1) Al entrar en la habitación saludará e informará del procedimiento pidiendo su colaboración.
- 2) Con las manos limpias y guantes preparará el material
 - Cepillo prótesis
 - Pasta o colutorio
 - vaso
 - Pañuelos desechables
 - Batea
 - Toalla
 - Gasas estériles
 - Guantes
 - Vaselina
- 3) Preservando la intimidad del paciente y con guantes, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería colocará una toalla sobre el pecho del paciente y le pedirá que se quite la o las prótesis, si al enfermo no le fuera posible quitárselas

el mismo, las retirará el técnico en cuidados auxiliares de enfermería con ayuda de gasas estériles y las pondrá en la batea, para proceder a su limpieza.

4) En el caso que paciente no pueda limpiar su prótesis, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería procederá a su limpieza realizando un cepillado con pasta o colutorio y agua fría, ya que la caliente podría dañar o alterar la prótesis.

5) También le proporcionará un vaso de agua o colutorio al paciente para aclararse la boca, pañuelos desechables para secarse y vaselina para hidratar labios.

6) Por ultimo recogerá utensilios, acomodará paciente y se quitara guantes y lavara manos, anotando incidencias si las hubiera.

5 Discusión-Conclusión

La higiene de la boca y los dientes es y será muy importante para la salud desde la dentición de leche ya que si esta primera dentición tiene caries, lo más seguro es que los dientes permanentes también las tengan por lo que se debe procurar hacer un cepillado y limpieza al menos tres veces al día desde la edad infantil haciendo uso de hilo dental si fuera necesario, y además al menos una revisión anual .

Ya que la boca es en ocasiones la gran olvidada, no dándosele la importancia necesaria, y para que la población tome conciencia de esta importancia se debe fomentar con campañas informativas y de concienciación, la importancia de la prevención para así lograr y conservar una optima salud bucal.

6 Bibliografía

1. www.enfermagemilustrada.com.
2. www.dental.saludestudiantil.uc.cl.
3. www.yoamoenfermeria.com.
4. www.mhe.es/cf/sanidad.

Capítulo 219

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS EN LA UNIDAD DE NEFROLOGÍA

MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE

MARISOL VILLALBA DEL MAZO

ELENA JIMENEZ SANZ

ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ

LAURA INIESTO GOMEZ

1 Introducción

La enfermedad renal es una enfermedad caracterizada por la pérdida gradual de la función renal. Ahora se considera un problema de salud pública debido a su alta tasa de infección. El impacto de estas enfermedades radica en los mayores esfuerzos de la comunidad de atención médica para abordarlas, su impacto socioeconómico, prevalencia, mortalidad e impacto en la salud del paciente.

El deporte es uno de los pilares que ayudan a la recuperación de los pacientes trasplantados de riñón. De hecho, son muchos los beneficios a nivel físico, psicológico y social. También puede reducir la morbilidad y mortalidad, prevenir eventos cardiovasculares, obesidad, hipertensión, dislipidemia y diabetes, mejorar el sueño, aumentar la autoestima y acelerar el proceso de envejecimiento. El

proceso de trasplante de riñón es largo y complicado, y muchas intervenciones y cirugías afectan su éxito.

Huelga. Uno de ellos es el deportivo, que debe regirse y regularse por órdenes médicas. Uno de los criterios para un trasplante rápido y a largo plazo es que los pacientes trasplantados de riñón lleguen en el mejor estado de salud posible.

Tiempo desde el alta hasta el alta hospitalaria tras la cirugía

A los tres o cuatro meses del alta hospitalaria es un periodo muy complicado hasta que los órganos empiezan a funcionar con normalidad. La revisión bibliográfica realizada permite sustentar datos e ideas respecto a que la disposición de autocuidado del paciente es fundamental para una terapia de reemplazo renal óptima. Cosas cotidianas.

El conocimiento de esta enfermedad y la capacidad de afrontar sus consecuencias mejora, por tanto, la autopercepción de salud de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). La atención y las iniciativas de salud deben apuntar al tratamiento curativo o paliativo de la enfermedad, la prevención de complicaciones y la mejora de la calidad de vida en general.

2 Objetivos

Describir la enfermedad renal y las repercusiones que tiene en el paciente por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

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, y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la enfermedad renal, los riñones pierden gradualmente su capacidad para filtrar agua y productos de desecho nocivos. La disminución de la función renal se produce con mayor frecuencia, lo que lleva a la insuficiencia renal crónica. Sin embargo, el inicio de la enfermedad puede ser repentino. En ese caso, estamos hablando de enfermedad renal aguda.

Muchos pacientes requieren un trasplante de riñón debido al deterioro de la función renal. Existen varios factores de riesgo para esta afección, incluida la enfermedad renal poliquística familiar y las personas que tienen cálculos renales recurrentes. A medida que avanza la enfermedad, los pacientes pueden observar mal aliento y la piel se vuelve más seca, quebradiza, propensa a la descamación y de un color terroso. Los médicos deben informar a los pacientes de las opciones de tratamiento que mejor se adaptan a sus necesidades y problemas, pero la decisión final sobre qué procedimiento seguir recae en el paciente. Las recomendaciones de nutrición adecuadas son esenciales para las personas con enfermedad renal crónica (ERC). El tratamiento ideal para los pacientes con enfermedad renal crónica es el trasplante renal, que mejora la calidad de vida y la supervivencia. España es líder mundial en donaciones y trasplantes. Según el informe de la organización.

Según Nacional de Trasplantes, en 2017 se batió un récord histórico en España con un total de 5.261 trasplantes de órganos realizados, de los cuales 3.269 fueron trasplantes renales. En 2018, el Hospital Clínico de Valladolid logró un récord con 60 riñones trasplantados. A medida que aumenta la proporción de receptores de trasplantes y la población de receptores envejece, existe la necesidad de prolongar la longevidad de los riñones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Esto se logra a través de muchos apoyos básicos, que incluyen inmunosupresión, actividad física, nutrición personalizada y apoyo psicológico y social. La importancia del cuidado diario está especialmente justificada en pacientes con acceso vascular sometidos a hemodiálisis.

La calidad de vida de los pacientes con ERC puede verse afectada por cambios en el estilo de vida y presentar una disminución del funcionamiento físico, mental, emocional, ocupacional y mental. La mayoría de los pacientes perciben que su calidad de vida es mala. La salud física y mental son los problemas de calidad de vida más percibidos, y los cambios relacionados con la edad exacerban esta percepción con la edad. El objetivo del tratamiento es detener la progresión de la insuficiencia renal y prevenir futuras complicaciones. Puede ser necesaria la modificación de la función renal. Este tratamiento incluye hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal y tratamiento conservador. Sin embargo, la mayoría de los pacientes continuaron con hemodiálisis como tratamiento inicial. Este tratamiento requiere sesiones de tratamiento de 3-4 horas 3-4 veces a la semana. En esta situación, teniendo en cuenta el filtrado glomerular y la presentación clínica del paciente, el comité renal asignado a cada centro recomienda posibles tratamientos para determinar el abordaje más adecuado. El tipo de intervención que elige un paciente está relacionado con factores intrínsecos de la enfermedad y

factores extrínsecos como la edad, el nivel de formación, los recursos económicos y el entorno.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo resaltando que la insuficiencia renal es una enfermedad progresiva con un gran número de casos ,cada vez en aumento de nuevos pacientes. Para esa persona, saber que tiene una enfermedad renal crónica tiene un gran impacto emocional y le afecta también a la familia. La familia es un pilar importante, un vínculo ante el cambio.

El equipo general es el responsable de la atención integral del paciente, y más específicamente el equipo de enfermería, que incluye a los técnicos auxiliares de enfermería, es el responsable de la atención al paciente. Es fundamental acompañar al paciente, escucharlo activamente y resolver cualquier duda.

6 Bibliografía

1. Koeppe, G. B. O., & Araújo, S. T. C. D. (2009). La Comunicación como temática de investigación en Nefrología: subsidio para el cuidado de enfermería. *Acta paulista de Enfermagem*, 22(spe1), 558-563.
2. Santos, B. T. U. D., Araújo, S. T. C. D., Torres, D. G., Bastos, S. D. S. F., Azevedo, A. L. D., & Neves, K. D. C. (2019). Integralidad del cuidado-permanencia en la nefrología: concepciones de enfermeros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53.
3. Trepichio, P. B., Guirardello, E. D. B., Duran, E. C. M., & Brito, A. P. D. (2013). Perfil de los pacientes y carga de trabajo de enfermería en la unidad de nefrología. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2), 133-139.
4. Bernal Herrera, P., López González, F., Jerez Moreno, M. D. C., & Peinado Barroso, M. D. C. (2009). Plan de cuidados estandarizado para pacientes de nefrología.

Capítulo 220

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS PROTOCOLOS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ MONGE

MARISOL VILLALBA DEL MAZO

ELENA JIMENEZ SANZ

ELENA CARRETERO GUTIÉRREZ

LAURA INIESTO GOMEZ

1 Introducción

Los técnicos en cuidados Auxiliares de Enfermería, son fundamentales en las tareas de movilización de pacientes, llegando a ser uno de los pilares más importantes en la movilización de pacientes, siempre con ayuda inestimable del celador, los dos forman una simbiosis laboral en el protocolo de movilización de los pacientes que son dependientes.

La complejidad a la hora de las movilizaciones a los pacientes que así lo requieran, conllevan unas capacidades tanto físicas, como de delicadeza a la hora de practicar la movilización del paciente y que el TCAE deberá poner en práctica en cada movilización de pacientes. Tenemos que tener muy claro cada movimiento que hagamos, para evitar problemas que puedan surgir en el paciente y para protegernos nosotros mismos, ya que las movilizaciones requieren de un esfuerzo que

exige la implicación de fuerza física, fuerza que en ocasiones puede ocasionarnos lesiones musculares por trabajar sin medir los efectos que nos puedan causar una lesión muscular.

Para que las lesiones musculares no se produzcan, y para que el paciente no sufra ningún riesgo, el TCAE y la persona que realice la movilización junto con él, siempre deberán evitar la realización de movimientos bruscos, tales como las rotaciones o giros agresivos de la columna dorso-lumbar, la flexión prolongada de la espalda en malas posiciones u otras zonas del cuerpo que pueden sufrir el riesgo de terminar dañadas y como consecuencia, se produce una lesión que podría ser incluso de pronóstico grave.

2 Objetivos

- Detallar las diferentes posturas, los protocolos y las normas de movilización que se llevan a cabo con los pacientes dependientes.
- Exponer los principios fundamentales en el trabajo de movilización de pacientes y conocer los mecanismos para la realización de cada uno de los movimientos, para evitar lesiones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las movilizaciones manuales de los pacientes son muy variadas, y conllevan acciones como es el hecho de levantarlos de la cama o de la camilla, bajarlos de la silla de ruedas, o el simple hecho de sostenerlos para que no se caigan, otra acción es el acto de empujarlos o de tirar de ellos para acomodarlos, todas estas acciones se realizaran siempre, haciéndolo con mucha suavidad y delicadeza, todas ellas son parte de las movilizaciones. Los mecanismos de movilización manual deben estar pautados antes de comenzar la técnica y deben atenderse rigurosamente a los protocolos de movilización impuestos.

Hacer uso de una técnica adecuada, ya sea manual o mecánica. Mantener el centro de gravedad entre el paciente y del celador para así alcanzar más estabilidad. Hay varias posiciones en las que un paciente puede estar acostado o ha de posicionarse de una forma concreta según la patología que presente. Aplicar una fuerza adicional si usamos el propio peso del cuerpo con un movimiento de balanceo. Para la realización del movimiento, el celador ha de tener el cuerpo alineado, las rodillas ligeramente flexionadas y se invertirán las posiciones de los pies.

Hay muchos y variados factores que pueden conllevar riesgos a la hora de realizar la movilización manual de pacientes, hay posiciones que puedan llegar a ser peligrosas para el paciente, factores de riesgo que pueden producir graves daños colaterales físicos.

Estos factores de riesgo hacen referencia a distintos aspectos, como son:

1. Riesgos debidos a la tarea. Como son la fuerza y la repetición de movimientos:
 - Fuerza: es la cantidad de esfuerzo físico necesaria para la realización de la movilización, por ejemplo el empujar, tirar de una carga o levantar a un paciente.
 - Repetición: es lo que se denomina la ejecución del mismo movimiento o de la misma serie de movimientos, siempre que sea de manera continuada o que requiera una frecuencia prolongada durante la jornada laboral.
2. Riesgos para el paciente: no se debe nunca levantar a un paciente como si se tratara de una carga o de un objeto, esto nos hace entender que no se pueden trasladar las “normas” para levantar cargas a los pacientes, del mismo modo, ya que nunca podemos saber lo que vaya a suceder mientras se está movilizand o a un paciente.
3. Riesgos relacionados con el medio que nos rodea: son muchos los peligros y los riesgos para el paciente relacionados con el medio. El peligro de tropezar es uno de ellos y se deberán tomar medidas de prevención para que no suceda, los resbalones y las caídas, tienen el mismo denominador común que los resbalones. Las superficies en las que se trabaja y sus irregularidades son otros riesgos para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Equipos de trabajo adecuados, material con ropa de calidad y calzado con suela antideslizante y la formación de los conocimientos de las técnicas de movilización, con una buena base de formación, serán de vital importancia para la realización del trabajo con total seguridad y sin riesgos para el paciente o para el TCAE y la persona que le ayude con la movilización.

Para intentar evitar que se produzcan lesiones consecuencia del levantamiento de pacientes y de sus traslados, se intentará mantener siempre el centro de gravedad del cuerpo, eso nos evitará riesgos tanto para el paciente como los trabajadores encargados de movilización, como norma general son el TCAE y el celador, hay que procurar por todos los medios que la realización de los movimientos y de la movilización sean sin riesgo, cómodos y seguros para todos los que interviene en la técnica de movilización, y esa seguridad debe incluir la anulación de cualquier riesgo durante todo el tiempo que dure la técnica.

6 Bibliografía

1. Técnicas de Movilización de Pacientes - OposSanidad (auxiliar enfermeria.com).
2. Hazards and risks associated with manual handling in the workplace (europa.eu).
3. www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?fileticket=IB6kt7woCqs%3d&tabid=623.
4. Técnicas de Movilización y Transferencias de Pacientes (efsioterapia.net).
5. Lectura 6 Movilización y traslado de pacientes. Técnicas de movilización. Traslado de paciente encamado, en camilla y en silla de ruedas. Posiciones anatómicas básicas. (juntadeandalucia.es).

Capítulo 221

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA PRÁCTICA DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CENTRAL PERIFÉRICA

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

ROSA MONTERO NÚÑEZ

CAROLINA BERNAL MUÑOZ

MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

Una vía o catéter central periférico es un dispositivo muy delgado, flexible y de un material blandito, de acceso venoso que llega a una vena gorda (vena cava) cercana al corazón, está dispuesta para obtener un acceso y poder introducir por él, tratamiento médico, fluidos, alimentación y sangre.

Este catéter venoso central tiene una implantación ágil y sencilla, el personal de enfermería está formado para poder insertar esta vía central, que además es de

duración larga y que evita a los pacientes dolor y sufrimiento, ya que evita el pinchazos para extracción de sangre, introducción de medicación etc.

Este sistema se usa cada vez más y sobre todo con pacientes de patologías complicadas y hospitalización larga de más de 6 días, es mucho más segura y dinámica que una vía común, ya que estas a partir de horas de la implantación empiezan a dar problemas, provocando flebitis y extravasaciones haciendo dificultoso la administración de medicación y dejando de ser seguras, además de causar malestar y dolor al paciente.

Las vías periféricas comunes tienen además el riesgo de las infecciones nosocomiales, ya que cuando dan problemas hay que sustituirla por otra y esa introducción y extracción de la vía es muy arriesgada para la salud del paciente pudiendo crear una infección.

2 Objetivos

Dar a conocer la efectividad de los catéteres centrales, de su durabilidad por meses y de su eficacia, siendo de bacteriemia 0.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica 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 técnico auxiliar de enfermería tiene formación suficiente para apoyar y asistir al equipo de profesionales clínicos que van a llevar a cabo la práctica, además de conocer todo el material, herramientas y protocolos que se usarán durante el proceso

La TCAE lo primero que hará será preparar el ecógrafo y encenderlo para cerciorándose de que funciona. prepara la sonda estéril del ecógrafo y la pegatina transparente y estéril de vía central que se pone en el transductor y un sobre de gel estéril.

También tendrá preparado,esponjas quirúrgicas para el lavado de manos del profesional que va a introducir el catéter venoso central,un equipo de paños, batas y guantes estériles, mascarilla,gorro y calzas,una vez llevado a cabo el lavado de manos la CAE ayudará a vestirse al personal sanitario.

El lavado del paciente también lo efectúa el TCAE,se pone un empapador debajo del área donde se va a actuar, lavando la zona de inserción del paciente, con una esponja jabonosa,se aclara con otra libre de espuma y se seca con toques suaves a continuación,desinfectando la zona con clorhexidina alcohólica al 2%.

El material que tiene preparado el TCAE es el siguiente :

Anestésico local (mepivacaína 2%)1 Jeringa de 5 ml

1 Aguja 18 G

Ampollas de suero fisiológico.

Heparina Na 20 U/ml

Puntos de aproximación (Steri - strip®)

Tubos para analíticapor si fuera necesario.

Contenedor de objetos punzantes.

Kit con material estéril para la inserción del catéter:

Catéter.

Guantes.

Gorro y mascarilla.

Compresor.

Papel secante.

Sábana estéril fenestrada.

Aguja de 21 G para micro-punción eco-guiada.

Aguja de 25 G.

3 Jeringas de 10 cc.

Tijeras.

Bisturí.

Cinta métrica.

Introduccion pelable.

Gasas.

Guía metálica corta.

Tapones de válvula bidireccional.

Gasas para punto de inserción.

Sistema de fijación (Statlock).

Apósito transparente.

Abbocath n° 20.

5 Discusión-Conclusión

La vía central periférica es un gran paso en el estudio y avance de la medicina, es importante decir que esta vía dispuesta para la administración de medicación , alimentación venosa, tratamientos de fluidoterapia, perfusión y extracción de sangre, es un gran paso para todos los pacientes con estas necesidades ,ya que les evita padecimiento innecesario y sobre todo y no menos importante evita las infecciones tan peligrosas para cualquier paciente y sobre todo si está en estado crítico.

Esta técnica ayuda a extremar las medidas de (bacteriemia 0), ya que una vía infectada puede desencadenar una serie de consecuencias fatales para el portador de la vía llegando a crear una sepsis a nivel sistémico.

6 Bibliografía

PUBMED
SCIELO

Capítulo 222

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA

ESTEFANÍA MERINO CARMONA

LORENA CANO LOPEZ

MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ

ANA GÓMEZ SORIANO

JULIA YUSTE GUTIÉRREZ

1 Introducción

La consulta de lactancia materna es un espacio de atención médica especializado que se dedica a apoyar a las madres y bebés en el proceso de lactancia. Estas consultas son especialmente importantes para abordar desafíos comunes relacionados con la lactancia materna, como el agarre adecuado, la producción de leche, el dolor durante la lactancia y otros problemas.

En estas consultas, se brinda orientación y apoyo tanto a las madres como a los bebés. Los profesionales de la salud, como asesoras de lactancia o pediatras especializados en lactancia, evalúan la alimentación del bebé, la posición de la madre y el bebé durante la lactancia, y brindan consejos sobre cómo superar obstáculos comunes.

También se discuten temas relacionados con la alimentación, como la introducción de alimentos sólidos y la duración de la lactancia materna. Además, se promueve un ambiente de apoyo emocional y se abordan las preocupaciones de las madres, fomentando una lactancia materna exitosa y beneficiosa tanto para el bebé como para la madre.

En estas consultas es crucial garantizar que las madres puedan recibir el apoyo y la información que es necesaria para poder afrontar la lactancia materna exitosa, lo que contribuye al bienestar y la salud de los bebés.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la consulta de lactancia materna del centro hospitalario.
- Conocer la consulta de lactancia materna.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar de enfermería desempeña un papel significativo en la consulta de lactancia materna al proporcionar apoyo esencial a las madres y bebés. Sus funciones abarcan una variedad de tareas destinadas a garantizar una lactancia exitosa y brindar el apoyo necesario. Aquí se detallan algunas de las funciones clave:

Recepción y registro de pacientes: el auxiliar de enfermería puede ayudar en la recepción de madres y bebés en la consulta, registrando información importante y asegurándose de que los registros estén completos y actualizados.

Apoyo emocional: brindar apoyo emocional a las madres, reconociendo la importancia de la lactancia y tranquilizando a aquellas que pueden sentir ansiedad o inseguridad. Escuchar sus preocupaciones y proporcionar orientación compasiva es esencial.

Educación y asesoramiento: explicar a las madres la técnica adecuada de amamantamiento, incluido el correcto agarre y posición del bebé, así como proporcionar información sobre la importancia de la lactancia materna para la salud del bebé y la madre.

Observación de la alimentación: ayudar a las madres y bebés durante la alimentación, observando el agarre adecuado, la succión efectiva y la comodidad tanto de la madre como del bebé. Corregir y asesorar sobre posibles problemas.

Promoción de la lactancia materna: proporcionar información sobre los beneficios de la lactancia materna, tanto a nivel de salud como emocional, para fomentar la elección de la lactancia como método preferido de alimentación.

Coordinación con profesionales de la salud: colaborar con el personal médico y las asesoras de lactancia en la consulta, compartiendo información relevante y asegurando una atención integral para las madres y bebés.

Mantenimiento de registros: mantener registros detallados y precisos de la atención brindada, asegurando que los datos clínicos estén actualizados y seguros.

El auxiliar de enfermería desempeña un papel fundamental en la consulta de lactancia materna al brindar un apoyo integral tanto a las madres como a los bebés. Su comprensión, cuidado y orientación son esenciales para promover y garantizar una lactancia exitosa, lo que contribuye al bienestar y la salud de la madre y el bebé.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar un buen trato a las madres y bebés en la consulta de lactancia materna, como auxiliar de enfermería, es fundamental mantener un enfoque cálido y compasivo. Aquí van algunas recomendaciones clave:

Primero, escuche con atención y comprensión. Las madres pueden experimentar ansiedad o dudas sobre la lactancia. Esté dispuesto a responder preguntas, brindar apoyo emocional y tranquilizar cualquier preocupación.

Segundo, fomente un ambiente acogedor y relajante. Asegúrese de que la sala de consulta esté limpia, ordenada y cómoda para las madres y bebés. Ofrezca un espacio tranquilo donde se sientan a gusto.

Colabore con otros profesionales de la salud, como asesoras de lactancia o pedi-

atras, para garantizar una atención integral y coordinada.

Al seguir estas recomendaciones, ayudará a las madres a sentirse seguras y apoyadas en su viaje de lactancia, lo que promoverá una experiencia positiva y exitosa para ellas y sus bebés.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Gallosa Palacios, M. E. (2021). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en pacientes de 6 meses atendidos en la consulta externa Hospital II-2 Sullana, enero-junio 2018.

Capítulo 223

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE COVID

ESTEFANÍA MERINO CARMONA

LORENA CANO LOPEZ

MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ

ANA GÓMEZ SORIANO

JULIA YUSTE GUTIÉRREZ

1 Introducción

Un paciente con COVID-19 es alguien que ha sido infectado por el virus SARS-CoV-2, que causa la enfermedad conocida como COVID-19. Esta enfermedad puede manifestarse en una amplia gama de síntomas, desde leves o asintomáticos hasta graves. Los síntomas más comunes incluyen fiebre, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolor de garganta y pérdida del gusto u olfato.

En casos graves, el COVID-19 puede llevar a complicaciones respiratorias graves, como neumonía, que pueden requerir hospitalización y cuidados intensivos. Los pacientes COVID-19 graves pueden necesitar apoyo respiratorio con ventiladores.

La atención a los pacientes con COVID-19 implica aislamiento para evitar la propagación del virus, medicamentos para tratar los síntomas, control de la saturación de oxígeno y, en casos graves, terapia de oxígeno o incluso intubación.

El cuidado de los pacientes con COVID-19 también incluye monitoreo constante de su estado de salud y apoyo emocional, ya que la enfermedad y la separación de seres queridos pueden ser emocionalmente desafiantes.

Es importante destacar que la prevención es fundamental para controlar la propagación de la enfermedad, y las vacunas han demostrado ser una herramienta eficaz para reducir la gravedad de la infección y sus consecuencias. Además, seguir las pautas de salud pública, como el distanciamiento social y el uso de mascarillas, sigue siendo esencial para protegerse a uno mismo y a los demás.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los procesos y situaciones que se describen en 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

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeñan un papel crucial en la atención de pacientes con COVID-19, ya que trabajan en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para proporcionar cuidados esenciales. Aquí se detallan algunas de las funciones clave que realizan ante pacientes con COVID-19:

Preparación y mantenimiento del entorno: Los TCAE ayudan a asegurar que la sala del paciente esté adecuadamente equipada y limpia. Esto incluye asegurarse de que se disponga de suministros esenciales, como equipos de protección personal (EPP), y que la habitación esté ordenada y desinfectada de acuerdo con las pautas de control de infecciones.

Asistencia en procedimientos médicos: Ayudan en la realización de procedimientos médicos, como la toma de muestras para pruebas de COVID-19, la administración de medicamentos y el monitoreo de signos vitales. También colaboran

en la colocación de dispositivos de apoyo respiratorio, como cánulas nasales o máscaras faciales.

Cuidado de enfermería: Los TCAE ayudan a mantener la comodidad y el bienestar de los pacientes, brindando cuidados básicos como la higiene personal, la movilización, el cambio de ropa de cama y la alimentación.

Apoyo emocional: Los pacientes con COVID-19 a menudo enfrentan ansiedad y estrés. Los TCAE pueden brindar apoyo emocional a través de la escucha atenta y la empatía, ayudando a aliviar los temores y la soledad que pueden experimentar debido al aislamiento.

Seguimiento y documentación: Registran con precisión la información relevante, como los signos vitales, las intervenciones realizadas y el estado del paciente. Esto es esencial para proporcionar una atención coherente y comunicar eficazmente con el equipo médico.

Cumplimiento de medidas de control de infecciones: Los TCAE deben seguir estrictamente las medidas de control de infecciones, incluido el uso adecuado del EPP y la desinfección de superficies, para proteger tanto a los pacientes como a sí mismos del virus.

Colaboración en la rehabilitación: Para pacientes con COVID-19 que requieren recuperación, los TCAE pueden ayudar en ejercicios de movilización, fisioterapia y terapia ocupacional.

La atención de pacientes con COVID-19 es un desafío que requiere una colaboración efectiva entre diversos profesionales de la salud. Los TCAE desempeñan un papel fundamental en proporcionar cuidados esenciales, garantizar la seguridad y comodidad de los pacientes, y contribuir al bienestar general de quienes luchan contra la enfermedad. Su dedicación y compromiso son invaluable en la lucha contra esta pandemia.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar un buen trato al paciente con COVID-19, como técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), la empatía y el cuidado son esenciales. En primer lugar, escuche y comprenda las preocupaciones y miedos del paciente. La pandemia puede generar ansiedad, así que ofrezca un oído atento y palabras de aliento. Haga todo lo posible para crear un entorno seguro y reconfortante, explicando claramente los procedimientos y brindando información que ayude a reducir la incertidumbre.

En segundo lugar, siga estrictamente las medidas de control de infecciones. Esto no solo protege al paciente, sino también a usted y a otros. Use su equipo de

protección personal (EPP) correctamente y mantenga una higiene rigurosa. La seguridad y el bienestar de todos dependen del cumplimiento de estas medidas. Al combinar el cuidado compasivo con un enfoque en la seguridad, contribuirá significativamente al tratamiento y apoyo efectivo de los pacientes con COVID-19.

6 Bibliografía

Murrugarra-Suarez, S., Lora-Loza, M., Cabrejo-Paredes, J., Mucha-Hospinal, L., & Fernandez-Cosavalente, H. (2020). Factores asociados a mortalidad en pacientes Covid-19 en un Hospital del norte de Perú. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 13(4), 378-385.

Capítulo 224

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA

ESTEFANÍA MERINO CARMONA

MARÍA JOSÉ ZARAPUZ SÁNCHEZ

LORENA CANO LOPEZ

JULIA YUSTE GUTIÉRREZ

ANA GÓMEZ SORIANO

1 Introducción

La consulta de traumatología es un servicio médico especializado en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesiones musculoesqueléticas y traumas en el sistema locomotor, como huesos, articulaciones, músculos y tendones. Estas consultas son esenciales para abordar una amplia variedad de condiciones, desde fracturas óseas y esguinces hasta problemas crónicos como la osteoartritis.

Durante una consulta de traumatología, los pacientes suelen someterse a un examen físico detallado, que puede incluir pruebas de movilidad, palpación de áreas afectadas y evaluación de la fuerza muscular. Se pueden realizar estudios de diagnóstico por imágenes, como radiografías, resonancias magnéticas o tomografías computarizadas, para obtener una visión más clara de la lesión o condición.

El tratamiento en una consulta de traumatología puede variar ampliamente, desde medidas conservadoras, como inmovilización y fisioterapia, hasta intervenciones quirúrgicas si es necesario. El objetivo es restaurar la función y la calidad de vida del paciente y aliviar el dolor y la discapacidad relacionados con lesiones musculoesqueléticas.

Estas consultas también ofrecen educación al paciente sobre el autocuidado, la prevención de lesiones y las estrategias para mantener una buena salud musculoesquelética. En resumen, la consulta de traumatología es un recurso valioso para aquellos que sufren lesiones o trastornos relacionados con el sistema musculoesquelético, brindando atención especializada y soluciones para una recuperación óptima.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro de los procesos y situaciones que se describen en el título 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 crucial en la consulta de traumatología al brindar apoyo esencial al equipo médico y a los pacientes. Aquí se describen sus funciones en detalle:

Preparación del entorno: Antes de la consulta, el TCAE se asegura de que la sala esté limpia, ordenada y bien equipada con suministros médicos necesarios, como vendajes, férulas y material de curación. Esto garantiza un entorno seguro y eficiente para el médico y el paciente.

Asistencia al paciente: Recibe al paciente, le proporciona información sobre el proceso de consulta y lo ayuda a prepararse para el examen médico. Esto puede

incluir la toma de signos vitales, como la presión arterial, la temperatura y la frecuencia cardíaca.

Colaboración en procedimientos médicos: Ayuda al médico en la realización de procedimientos como la evaluación física, la manipulación de extremidades y la realización de pruebas específicas, como radiografías. También puede asistir en procedimientos menores, como la extracción de puntos o la aplicación de yesos.

Registro de información: Registra con precisión los datos relevantes, como los síntomas del paciente, el historial médico y los hallazgos del examen. Estos registros son fundamentales para el diagnóstico y el tratamiento adecuado.

Apoyo emocional: Brinda apoyo emocional a los pacientes que pueden estar ansiosos o preocupados debido a lesiones o afecciones traumatológicas. Escucha con empatía y proporciona tranquilidad, al tiempo que responde a sus preguntas y preocupaciones.

Instrucción al paciente: Educa al paciente sobre su diagnóstico, el tratamiento recomendado y las pautas de autocuidado. Explica el uso de dispositivos ortopédicos, como muletas o férulas, y brinda consejos sobre la movilidad segura.

Mantenimiento de la sala de consulta: Luego de la consulta, el TCAE se encarga de limpiar y desinfectar la sala, preparándola para el próximo paciente.

La colaboración efectiva del TCAE en la consulta de traumatología es esencial para garantizar una atención de calidad y una experiencia positiva para los pacientes. Su apoyo en la preparación del entorno, la asistencia al médico y la atención al paciente contribuye al diagnóstico y tratamiento efectivos de lesiones y afecciones musculoesqueléticas.

5 Discusión-Conclusión

Para establecer un buen trato con los pacientes en la consulta de traumatología, como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), la empatía y la comunicación son fundamentales. En primer lugar, escuche atentamente las preocupaciones y preguntas del paciente. Hacerlo les brinda la seguridad de que se les presta atención y se les toma en serio. Sea comprensivo y muestre empatía hacia las molestias que puedan estar experimentando debido a sus lesiones.

En segundo lugar, explique claramente los procedimientos, el diagnóstico y las indicaciones de tratamiento de manera comprensible y tranquilizadora. Responda a sus dudas con paciencia y ofrezca apoyo emocional si es necesario. La transparencia y la amabilidad en su enfoque contribuirán en gran medida a aliviar la ansiedad de los pacientes y a establecer una relación de confianza, lo que es esencial para su recuperación y bienestar.

6 Bibliografía

Navas, P. Z., Heredia, E. M., Orellana, J. N., García, C. G., Obando, L. C., Rebollo, L. C., ... & de la Torre Solís, F. (2021). Resultado de la implantación de consultas telemáticas en cirugía ortopédica y traumatología durante la pandemia COVID-19. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 65(1), 54-62.

Capítulo 225

EL ASEO AL PACIENTE ENCAMADO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

JOANA FERNÁNDEZ RUBIO

1 Introducción

Los pacientes no pueden correr el riesgo de levantarse de la cama si no pueden por indicación médica. La ventaja de realizarle el aseo a los pacientes encamados es que el personal de enfermería puede observar el estado de su piel, asegurándose de que esté sana, vigilando cualquier tipo de lesión que le pueda salir, asegurando su comodidad y controlando el olor corporal y debido a su estado encamado.

Una persona que padezca una enfermedad dolorosa debemos esperar a que el médico o la enfermera le den la medicación para que se le pase el dolor y le haga efecto para poder realizarle el aseo al paciente encamado.

Se debe de motivar al paciente para que durante todo el proceso del aseo puede ayudar en la medida de lo posible para que el trabajo sea más fácil para tanto el auxiliar como el celador.

Un baño a un paciente encamado, tiene la ventaja de poder observar y controlar todo tipo de lesiones cutáneas en el paciente pudiendo observarlos diferentes enrojecimientos o comienzos de úlceras por presión principalmente observando las zonas óseas y los pliegues o zonas de mayor difícil acceso.

Los encargados de esta tarea serán dos auxiliares de enfermería o un auxiliar de enfermería junto con un celador.

2 Objetivos

Los principales objetivos es saber cuáles son los materiales usados en esta técnica y el proceso paso a paso por el personal 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

A continuación, vamos a ver los materiales que son necesarios en la realización de esta técnica.

El carro de la ropa sucia, donde habrá tres bolsas grandes, en una se depositarán las toallas, en otra la ropa de la camilla y en otra los pijamas o camisones junto con una bolsa pequeña de basura donde irán los pañales empapadores usados.

Otro carro, en el que habrá esponjas jabonosas y jabón antiséptico, crema hidratante corporal y ácidos grasos que también se conoce como mepentol, empapadores o cuadrantes, peine y cepillo, aceites de almendras o de rosa mosqueta, una palangana o calderito pequeño, gasas esterilizadas, diferentes modelos y tamaños de pijamas y camisones, compresas esterilizadas, suero fisiológico, sábanas bajas, entremetidas, sábanas encimera, colchas, fundas de almohadas, y mantas.

Esta técnica la van a realizar varios auxiliares de enfermería o el celador y el auxiliar, y se pondrán cada uno a ambos lados de la camilla.

En primer lugar deben explicar al paciente la técnica que se le va a realizar. Sólo se debe tener descubierta la zona que va a ser aseada evitando que se enfríe el resto del cuerpo y guardando su intimidad. El paciente mientras permanece boca arriba se le debe lavar el pelo. también se le volteará y se le lavará la espalda mientras una persona va quitando o enroscando la ropa sucia de la camilla y colocando la limpia para cuando sea volteado por el otro profesional, quite la ropa sucia y estire la limpia.

Se vestirá al paciente con el pijama o camisón hospitalario una vez que ya se le ha secado bien el cuerpo y ya se le haya aplicado la crema hidratante junto con

los ácidos grasos . Se le dejará correctamente acomodado para que esté lo más cómodo posible.

5 Discusión-Conclusión

Para dar por finalizado este proyecto de investigación a modo de capítulo del libro sobre el aseo del paciente encamado en el interior del medio hospitalario, se debe de adquirir la higiene personal como una rutina o hábito diaria puesto que aparte de evitar un gran número de infecciones o enfermedades también proporciona o aportan a la persona una sensación de bienestar, frescor y comodidad. El no valerse por sí mismo para realizar o cubrir las necesidades básicas, puede ser un desencadenante de episodios de estrés o ansiedad en el paciente que lo sufre debido a que puede sentirse mal consigo mismo.

6 Bibliografía

1. Diccionario de la Real Academia de la Lengua. Consultado el 31 de diciembre de 2022.
2. Patrick L. Anderson; Jerome P. Lachan, eds. (2008). Hygiene and its role in health. New York: Nova Science Publishers. ISBN 978-1-60456-195-1. OCLC 181862629.
3. WHO guidelines on hand hygiene in health care : first global patient safety challenge clean care is safer care. Geneva: World Health.

Capítulo 226

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MABEL TAMARA CATASI HUANQUI

LOURDES LILIA HUANQUI CONDORI

RAQUEL TELLO SANZ

BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO

INÉS DEL CONSUELO QUISHPE CABEZAS

1 Introducción

El servicio de urgencias de un centro hospitalario es la unidad donde son atendidos aquellos pacientes que acuden al centro sanitario con dolencias de diferente índole.

El servicio de urgencias tiene las siguientes modalidades de acceso de los pacientes:

- Paciente derivado por el médico de cabecera.
- Paciente derivado por el médico especialista.
- Paciente derivado del servicio de urgencias de atención primaria (SUAP).
- Paciente que acude por su propia cuenta.

Del mismo modo, pueden acudir al servicio de urgencias de las siguientes formas:

- Por su propio pie en un coche particular.

- Por su propio pie en una ambulancia.
- Por su propio pie con los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado (policía local, policía nacional o guardia civil).
- En camilla del servicio de ambulancia de soporte básico.
- En camilla del servicio de ambulancia de soporte avanzado.

Independientemente de la modalidad de acceso que utilice el paciente deberá acceder por el servicio de admisión de urgencias para dar los datos identificativos y dirigirse al triaje, donde se realizará la clasificación del paciente y se dirigirá a un área del servicio de urgencias relacionada con la sintomatología o dolencias presentadas.

El paciente que acude en la unidad móvil de ambulancia será dirigido directamente al área de reanimación para recibir atenciones médicas de inmediato.

2 Objetivos

- Conocer las modalidades de acceso al servicio de urgencias de un centro hospitalario.
- Detallar las funciones desarrolladas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el área de reanimación del servicio de urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como se ha mencionado anteriormente, los pacientes que acuden al servicio de urgencias desde la unidad móvil serán introducidos directamente al área de reanimación, sin embargo, habrá otros casos en los que se abrirá la reanimación del servicio de urgencias (área de reanimación), estos casos:

- Cuando acude un paciente por sus propios medios y ha sido víctima de un accidente superando los 50 km por hora.

- Cuando acude un paciente en una ambulancia de soporte básico y ha sido víctima de un accidente superando los 50 km por hora.
- Cuando acude un paciente por sus propios medios con dolor de pecho torácico.
- Cuando acude un paciente en una ambulancia de soporte básico con dolor de pecho torácico.
- Cuando acude un paciente en una ambulancia de soporte básico inconsciente.
- Cuando acude un paciente por sus propios medios y tiene alterados considerablemente los niveles de las constantes vitales.

Los profesionales que intervendrán en una REA serán:

- Médicos generalistas del servicio de urgencias.
- Médicos especialistas bajo petición del médico de urgencias.
- Equipo de enfermería.
- Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.
- Celadores.
- Técnicos en imagen y radiodiagnóstico.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería realizarán las siguientes funciones en el interior de una REA.

- Ayudar a transferir al paciente a una camilla de la rea.
- Retirar la ropa del paciente.
- Ayudar al equipo de enfermería a tomar las constantes del paciente.
- Ayudar al equipo de enfermería a monitorizar al paciente.
- Ayudar al equipo de enfermería durante la extracción de analíticas.
- Etiquetar las muestras biológicas y las analíticas y trasladarlas al laboratorio de manera inmediata.
- Realizar la gasometría del paciente, una vez el enfermero le ha entregado la muestra.
- Ayudar al equipo médico o al equipo de enfermería a la realización de cualquier prueba exploratoria o diagnóstica.
- Acompañar al paciente a la realización de un TAC, junto al resto del equipo profesional.
- Realizar cualquier función ordenada por sus superiores más inmediatos, siempre que estén en coherencia con la categoría profesional a la que pertenece.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, es de vital importancia que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tengan los conocimientos necesarios para poder desarrollar su actividad profesional en el servicio de urgencias con rapidez y eficacia. Es

necesario que todos los profesionales que realicen su actividad profesional en servicios tan específicos como es el servicio de urgencias, reciban cursos de formación impartidos por el propio personal del servicio, ya que son los profesionales que realmente saben su funcionamiento. La correcta ejecución de las prácticas adecuadas contribuyen tanto al bienestar físico o psicológico (situación nueva, desconocida, incierta) del paciente, logrando un efecto altamente satisfactorio, es por ello que resulta indispensable el conocimiento de técnicas, aparataje y capacidad de anticipación a situaciones que pueden ser altamente comprometidas en cuanto a salud se refieren.

Por último, y no menos importante se debe de tratar al paciente como un ser particular, singular, con sus características propias, es en este apartado donde entraría la capacidad de observación de la TCAE como persona implicada directamente en su cuidado.

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. 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 227

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS A PACIENTES CON EDEMA AGUDO DE PULMÓN CARDIOGÉNICO

MARIA DEL CARMEN TORRES SANTIAGO

MARÍA ÁNGELES LÓPEZ VILLENA

SANDRA REGINA PEREIRA BRAGA

MARÍA DEL PILAR ONRUBIA MONTOYA

MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO SÁNCHEZ

1 Introducción

Hasta el servicio de urgencias Hospitalarias llegan numerosas urgencias/emergencias que en ocasiones pueden diagnosticarse difícilmente o confundirse con otras patologías, otras, en cambio, pueden diagnosticarse más fácilmente.

Por eso, los profesionales deben estar altamente cualificados para triar, diagnosticar y tratar numerosos tipos de patologías, entre ellas el edema agudo de pul-

món (EAP), y saber diagnosticar si es de origen cardiogénico o no, pudiendo así salvar la vida de la persona y minimizar complicaciones secundarias.

El edema agudo de pulmón cardiogénico (EAPC), fue descrito por primera vez en 1819 por Renato Teófilo Jacinto Laennec.

El EAPC, se presenta en el contexto de una hipertensión pulmonar producida por el incremento de la presión en la aurícula izquierda (AI) y se define como el cuadro clínico secundario a una insuficiencia aguda del ventrículo izquierdo (VI) o insuficiencia cardíaca (IC), con el consiguiente aumento del contenido líquido en el intersticio y en los alvéolos pulmonares, con lo cual no se propicia un gasto cardíaco adecuado ni se satisfacen las demandas metabólicas corporales del individuo.

El EAPC es una de las principales causas de hospitalización por insuficiencia cardíaca procedente de los servicios de urgencias hospitalarias y llega alcanzar ente 10-20% de mortalidad en población adulta.

2 Objetivos

1. Visibilizar la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de urgencias hospitalarias ante la aparición de un edema agudo de pulmón cardiogénico (EAPC).
2. Reconocer síntomas y signos de un paciente que presenta edema agudo de pulmón cardiogénico y saber actuar jerarquizando intervenciones de enfermería.
3. Formar e informar a TCAE de los protocolos y técnicas a seguir dentro de la Unidad.
4. Propiciar el trabajo en equipo ante una situación de emergencia/urgencia.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva, realizando una búsqueda sistemática en bases de datos como Pubmed (57 artículos), Scielo (44 artículos) y Medline (43 artículos), se han consultado artículos en revistas científicas, y se han revisado protocolos de diversos hospitales y servicios de urgencias hospitalarias.

Tras la revisión, se han seleccionado los artículos científicos con contenido relacionado con el tema de estudio.

4 Resultados

El EAP sea de tipo cardiogénico o no, se caracteriza por la aparición brusca e inesperada de esta situación, convirtiéndose en una emergencia sanitaria.

Por ello, los /as profesionales deben estar suficientemente capacitados/as para poner en marcha los protocolos necesarios para revertir o minimizar dicha situación.

El EAPC tiene una prevalencia que aumenta según la edad y el sexo, siendo los hombres más predispuestos que las mujeres.

La franja de edad mayoritaria se desarrolla en personas mayores de 65 años.

ETIOLOGÍA

Las causas de aparición de un EAPC pueden ser diversas y todas relacionadas con el aumento en la presión del volumen, pudiendo ser:

- Aguda.

- Crónica o progresiva.

Entre las enfermedades previas desencadenantes podemos encontrarnos:

1. Enfermedad de las arterias coronarias.
2. Miocarditis.
3. Isquemia de miocardio.
4. Problemas de las válvulas cardíacas (valvulopatías).
5. Disección aórtica.
6. Presión arterial alta (hipertensión).
7. Otros problemas cardíacos (arritmias o enfermedad congénita).
8. Enfermedad renal.
9. Aumento de las demandas metabólicas.
10. Insuficiencia respiratoria.
11. Consumo de tóxicos.
12. Estrés emocional

Entre otras patologías.

Sintomatología:

El EAPC puede presentarse de maneras variadas, con frecuencia lo hace de manera abrupta y suele presentarse por la noche. Algunos de los síntomas con los que puede cursar son:

1. Fatiga y cansancio generalizado.
2. Sudoración profusa.
3. Piel fría y húmeda.
4. Hipotermia.
5. Disnea unida a tiraje respiratorio.

6. Taquipnea, ortopnea y crepitantes.
7. Dolor torácico y/o abdominal.
8. Dolor irradiado.
9. Tos (secreciones rosadas).
10. Congestión pulmonar.
11. Cianosis distal.
12. Ansiedad.

Entre otros síntomas.

Diagnóstico:

Dentro de las técnicas diagnósticas podremos centrarnos en:

1. Radiografía de tórax portátil.
2. Electrocardiograma.
3. Ecografía para descartar otras patologías.
4. Gasometría arterial.
5. Hemograma completo para determinar las enzimas cardíacas.
6. Analítica de orina para determinar urea y creatinina.

Prevención:

Para prevenir la aparición de esta patología es necesario informar al paciente sobre hábitos saludables que ayudarán en el día a día con objeto de mejorar su calidad de vida. Estos hábitos son:

1. Control y seguimiento de enfermedades cardíacas.
2. Ejercicio físico.
3. No consumo de tóxicos.
4. Dieta adecuada.
5. Prestar atención a la hipertensión.
6. Control de la ingesta de azúcares. Control de diabetes.
7. Cuidado con apneas del sueño. Control del sueño.
8. Tomar la medicación pautada.

Tratamiento:

Dentro de los objetivos terapéuticos nos enfocaremos a mejorar la ventilación, reducir la hipertensión de las venas y capilares pulmonares y corregir los mecanismos desencadenantes una vez tengamos un diagnóstico claro.

Medidas generales:

1. Monitorización del paciente y toma de constantes vitales.
2. Canalización vía venosa periférica.
3. Oxigenoterapia.
4. Posición adecuada del paciente (Fowler) con piernas colgando para disminuir el retorno venoso.

5. Sondaje vesical.
6. Radiografía inicial y de control.
7. Reposo absoluto.

Tratamiento farmacológico:

1. Diuréticos como la furosemida (Seguril).
2. Opioides como el cloruro mórfico.
3. Vasodilatadores como Nitroglicerina (Solinitrina).
4. Inotrópicos como dopamina o dobutamida.

Protocolo de actuación del TCAE:

1. El TCAE se encarga de tener todo preparado o prepararlo inmediatamente.
2. El TCAE actuará conjuntamente con otros profesionales como diplomados universitarios de enfermería (DUE) y médicos.
3. Identificará al paciente mediante la pulsera identificativa.
4. Ayudará a desvestirse al paciente si fuera necesario, recogiendo sus pertenencias e identificándolas correctamente según el protocolo de la unidad.
5. Monitorización del paciente (pulsioximetría, monitorización cardiaca y monitorización de la tensión arterial).
6. Ayudar en la toma de constantes vitales y gasometría.
7. Ventilación mecánica del paciente (gafa nasal, mascarilla de reservorio, ventimask al 50%) y preparar todo lo necesario para la ventilación mecánica invasiva (VMI).
8. Ayudar junto a celadores/as en la movilización e inmovilización del paciente (posición de Fowler), con los pies colgando de la camilla o cama.
9. Ayudar en la recogida, cuantificación, conservación y envío o eliminación de muestras.
10. Ayudar en la ejecución del electrocardiograma junto con el DUE.
11. Ayudar en la canalización de vía venosa periférica.
12. Recogida, limpieza y desinfección del material utilizado. Eliminación de residuos sólidos asimilables a urbano o envío a esterilización.
13. Ayudar en el protocolo del sondaje vesical al DUE si fuese necesario.
14. Colaborar con el/la celador/a en la radiografía de tórax.
15. Reposición del material utilizado (fungible e inventariable).
16. Registrar el proceso asistencial según el protocolo de la Unidad e intercambio de información en el relevo verbal.

5 Discusión-Conclusión

Un trabajo rápido, coordinado y eficaz puede salvar muchas vidas. La unión entre técnico en cuidados auxiliares de enfermería, enfermería y medicina es muy fundamental e importante. Por tanto, el desarrollo de protocolos y técnicas de actuación es de vital importancia en el Servicio de Urgencias Hospitalarias, para tratar al paciente que presenta un edema agudo de pulmón (EAP).

Se debe formar y reciclar a los/as profesionales sanitarios/as de la importancia de una acción conjunta con objeto de revertir la situación de emergencia que se presenta.

El TCAE es una pieza indispensable en este engranaje y, por tanto, debe tener el lugar que le corresponde.

6 Bibliografía

1. Revista española de cardiología. <https://www.revespcardiol.org/es-contentarticulo-13073896>.
2. García Ormazábal I, Alcalá López J E, Rodríguez Padial, L. Insuficiencia cardíaca. Edema agudo de pulmón. En Jiménez A J. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 4ª Edición. Toledo: Complejo Hospitalario de Toledo.
3. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.McGrawHill>.
4. <https://revistamedica.com/intervenciones-enfermeras-edema-agudo-pulmón/>.
5. <http://alcoy.san.gva.es/cas/hospital/urgencias>.
6. https://toledo.sanidad.castillalamancha.es/sites/toledo.sescam.castillalamancha.es/08/07/2021/manual_de_urgencias.pdf.
7. <https://www.mayoclinic.org/es/pulmonaryedema/symptoms-causes/>.
8. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1397395/manejo-del-edema-pulmonar-agudo.pdf>.
9. <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757329012.pdf>.
10. <https://medintensiva.org/es-ventilacion-mecanica-no-invasiva-el-articulo-13106830>.
11. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica.

Capítulo 228

EL ASEO DEL PACIENTE POSTOPERADO Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SONIA URDA GARCÍA

MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ OLIVA

MARIA TERESA AGUADO TABERNÉ

MARÍA LEONOR LARA BARBERO

JULIANA ALMARCHA REINOSO

1 Introducción

El aseo del paciente encamado es la técnica de aseo para los pacientes que por su estado de salud no se pueden levantar de la cama aunque conserven su movilidad. En la gran mayoría de las ocasiones no se le da la importancia que merece a la técnica del aseo.

La función del aseo es propia de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Una correcta higiene y aseo de los pacientes va a permitir que le proporciona bienestar al paciente, mejorando su calidad de vida. Es uno de los procedimientos más realizados por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

La piel es uno de los órganos más extensos del cuerpo humano y sirve de barrera de protección ante los microorganismos. La higiene previene complicaciones y evita alargar la estancia de los pacientes en los centros sanitarios.

En muchas ocasiones al considerarse una tarea básica no se le da la importancia que merece. Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debemos conocer las diferentes técnicas que los pacientes requieren y sobre todo si se trata de pacientes postoperados que el tema que vamos a tratar en esta revisión bibliográfica.

En la actualidad, el proceso de la higiene es un reto para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que pretendemos ofrecer unos cuidados de calidad y de confort a todos los pacientes quirúrgicos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Conocer los beneficios que supone el aseo para el paciente postoperado.

Objetivos secundarios:

1. Determinar qué materiales son necesarios para la realización de la técnica de la higiene del postoperado.
2. Determinar cuáles son las consideraciones previas al aseo y los pasos a seguir en el aseo del paciente quirúrgico.
3. Determinar las precauciones y observaciones a seguir por el resto del equipo multidisciplinar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el aseo del paciente encamado. 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 empleado los siguientes descriptores: aseo, higiene, paciente encamado, técnica y técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, como miembro del equipo quirúrgico de las unidades de hospitalización, trabaja en coordinación con las enfermeras, dando apoyo a su actividad y realiza actividades para conseguir el confort del paciente. Dentro de estas actividades se debe planificar dentro del proceso de atención al paciente postoperado incluyendo como necesidad básica de la recuperación de estos pacientes la higiene y el aseo diario coordinado y ejercido por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

El aseo y la higiene que realizamos de forma diaria a los pacientes que se han sometido a una intervención quirúrgica requiere los siguientes actos o procedimientos:

- Mantener la piel limpia para evitar que entren microorganismos por la zona de la incisión quirúrgica.
- Valorar el estado de la piel del paciente que normalmente suele estar encamado, según el tipo de cirugía realizada.
- Mejorar el estado psicológico del paciente después de haberse sometido al alto grado estrés que produce la intervención quirúrgica.
- Al realizar el aseo del paciente quirúrgico encamado se evitan caídas y se previene una dehiscencia de suturas al evitar las movilizaciones activas.
- Controlar los drenajes que pueda portar el paciente, siendo nuestra responsabilidad manejarlos para evitar que se desprendan de las zonas donde están adheridos o pierdan el vacío en caso de tenerlo.
- Favorecer que el paciente pueda participar en el proceso, desde el primer momento le informaremos de la técnica a realizar.
- La higiene de este tipo de pacientes debe realizarse entre dos profesionales, ya sean dos técnicos en cuidados auxiliares de enfermería o un celador y un técnico.
- Mantener la intimidad del paciente en todo momento.
- Usar jabones neutros con la temperatura del agua sobre 37 °C.
- Realizar el aseo de limpio a sucio, realizando la higiene en primer lugar sobre la zona donde se ha realizado la incisión quirúrgica para que la enfermera pueda curarla a posteriori.
- Hidratar la piel y las zonas de las prominencias óseas con aceites grasos hiper-oxygenados.
- Secar todas las partes del cuerpo con especial atención en los pliegues y en la zona intervenida para evitar infecciones o problemas postquirúrgicos.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos realizar una higiene de los pacientes postoperados siguiendo los protocolos que marcan la unidad de cirugía, de tal manera que se previene recaídas y se fomenta la mejoría del paciente.

Por ello, este aseo evita el paso de agentes perjudiciales que aprovechan el estado de debilidad y la vía de entrada por la incisión de la intervención quirúrgica para entrar en el cuerpo humano, provocando una infección.

Por último, como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tenemos que ser capaces de cubrir la necesidad básica del paciente ante la limitación que ha supuesto la intervención quirúrgica para su independencia en el aseo.

6 Bibliografía

1. Martínez González R, Blanco Cabral A.B., Toribio Valbuena R. Protocolo de aseo del paciente encamado. Ocronos. Octubre 2021 -Editorial Científico- Técnica.
2. <https://revistamedica.com/funciones-tecnico-cuidados-auxiliares-de-enfermeria>.
3. MT Luis Rodrigo, C Fernández, MV Navarro. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Masson 1998.
4. Evangelina Pérez “Técnicas básicas de enfermería” Mac Graw Hill. 2017.

Capítulo 229

LA OXIGENOTERAPIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SONIA URDA GARCÍA

MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ OLIVA

MARIA TERESA AGUADO TABERNÉ

JULIANA ALMARCHA REINOSO

MARÍA LEONOR LARA BARBERO

1 Introducción

El desarrollo de los seres vivos y en concreto del ser humano, así como su crecimiento y evolución, ha dependido de elementos que se encuentran en el entorno, como son el carbono, el hidrógeno, el nitrógeno y el oxígeno.

El oxígeno es un gas incoloro, inodoro, explosivo e inflamable que respiran los seres humanos mezclados con el aire que lleva un 21% de este gas. Se administra a los pacientes en situaciones de hipoxia o de problemas respiratorios.

Hay ocasiones en las que se produce ausencia de oxígeno y se bloquea la cadena respiratoria. Es entonces cuando se necesita utilizar el oxígeno como agente terapéutico, a través de varios procesos, que ayuden a la persona a poder respirar.

La oxigenoterapia se define como el uso terapéutico del oxígeno, y consiste en su administración a concentraciones mayores de las que se encuentran en el aire

ambiente, con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la falta de oxigenación de los tejidos y de los problemas respiratorios.

Normalmente, medimos la necesidad del paciente de oxigenoterapia a través de diferentes dispositivos como es la pulsioximetría que mide la cantidad de oxígeno y la analítica de gasometría que mide la cantidad de oxígeno que existe en la sangre tanto venosa como arterial.

La administración de la terapia de oxígeno exige que está sea prescrita por un facultativo.

2 Objetivos

- Describir los dispositivos de administración de oxigenoterapia que como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería utilizamos y limpiamos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería estamos capacitados para reconocer la necesidad de oxigenoterapia, pero no podemos administrarla de forma autónoma, por lo que debemos avisar a la enfermera para que la dificultad respiratoria que presenta el paciente sea corregida. Será el médico que realiza el seguimiento del paciente el que pautará la administración del oxígeno.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería usaremos la oxigenoterapia en los pacientes de las siguientes formas:

- La oxigenoterapia de forma continua, si es enfermedad crónica.
- Durante un breve periodo de tiempo, si la enfermedad es aguda.

Somos conocedoras que la oxigenoterapia es la única intervención para lograr la oxigenación de los tejidos, además de la supresión del tabaquismo, que reduce la mortalidad en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica e hipoxemia grave. Además, atenúa la insuficiencia cardíaca derecha, mejora la función

neuropsicológica y aumenta la tolerancia al ejercicio y la capacidad para realizar actividades de la vida cotidiana.

Algunos de los dispositivos que utilizamos y limpiamos como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la administración de oxígeno pueden ser de bajo flujo, por lo que realmente no sabemos exactamente la cantidad de oxígeno que recibe el paciente como son las gafas nasales o cánula nasal, la mascarilla, el reservorio entre otras y para controlar la cantidad exacta tenemos la mascarilla de Venturi.

Junto a estos dispositivos debemos controlar el estado del resto de los aparatos y objetos que se necesitan para la administración correcta del oxígeno como terapia y tratamiento a los pacientes.

Estos dispositivos anexos sin lo que no sería posible realizar la oxigenación son el manómetro que mide la presión de oxígeno y el flujómetro que controla la cantidad de litros por minuto de gas que recibe el paciente.

En muchas ocasiones, ciertos dispositivos producen claustrofobia o impiden comer, por lo que debemos hacer uso de nuestro vínculo terapéutico para que el paciente mantenga el tratamiento y en el caso de las comidas cambiar por un dispositivo que le permita alimentarse para volver a utilizar de nuevo el dispositivo pautado.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería somos un grupo de profesionales sanitarios que tenemos contacto continuo con los pacientes, por lo que ante una atención de oxigenoterapia tanto ante la cronicidad como de forma aguda debemos mantenernos actualizados para saber responder ante las necesidades de los pacientes para ofrecer unos cuidados de confort. El hecho de ahogarse por tener dificultad respiratoria genera un alto grado de ansiedad, por lo que debemos actuar con premura.

La oxigenoterapia no invasiva es una terapia que constituye un amplio abanico de posibilidades que es útil pero puede tener tanto ventajas como desventajas en su utilización, pero ante todo debemos brindar unos cuidados de calidad a los pacientes que se atienden.

6 Bibliografía

1.Rodríguez Lozano, C; Lorenzo Montalvo, SP; Navarro Ivañez, R; Fernández Fabrellas, E. Guía para Pacientes con Oxigenoterapia. 2014. Respira-fundación es-

pañola del pulmón SEPAR(Editado y coordinado) Barcelona.

2. Evangelina Pérez “Técnicas básicas de enfermería” Mac Graw Hill. 2017.-

3. Organización Mundial de la Salud. OMS. Especificaciones técnicas de los concentradores de oxígeno. Departamento de Medicamentos Esenciales y Productos Sanitarios Sistemas de Salud e Innovación. S.f.

Capítulo 230

LA IMPORTANCIA DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAES) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS HOSPITALES

JUAN CARLOS RECIO DELGADO-AGUILERA

PATRICIA LOPEZ MERINO

DAVID GARCÍA RUBIO

DAVINIA GARCÍA -MORENO ARAQUE

NURIA GALINDO CASADO

1 Introducción

Debido a la variedad de especialidades representadas en este servicio, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) realiza una amplia gama de tareas, y junto con el resto del personal médico, brinda atención al paciente desde que cruza la puerta hasta que es dado de alta o trasladado a otro servicio hospitalario. Un equipo de profesionales sanitarios altamente cualificados y perfectamente coordinados porque deben colaborar y dar apoyo multidisciplinar componen el servicio de urgencias hospitalario. Este servicio está situado en un lugar que garan-

tiza calidad, eficacia y condiciones seguras para atender las situaciones urgentes y emergencias que ocurren cada día.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define urgencia como "la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa variada y gravedad variable que genera conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto quien lo padece o su familia. ".

Según la OMS, una situación se considera emergencia si "la muerte se produce en cuestión de minutos sin asistencia". ".

En el servicio de urgencias se requiere coordinación además del trabajo en equipo entre los distintos profesionales de la salud para llevar a cabo las funciones que cada uno de ellos debe realizar para que el servicio funcione correctamente y brinde una existencia de calidad. El TCAE y el resto de profesionales sanitarios tratan en este servicio todo tipo de afecciones y síntomas, siguiendo protocolos creados especialmente para los métodos y técnicas que se utilizarían en este entorno.

2 Objetivos

- Enumerar brevemente las actuaciones del TCAE en el servicio de urgencias.
- Explicar los procedimientos y exámenes en los que el TCAE colaborará junto con el personal de enfermería y facultativos médicos.

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

Su función principal es estar preparado para atender a los pacientes que acudirán a este servicio con diversas dolencias y emergencias, además de ayudar al personal médico y de enfermería.

El TCAE, junto con el resto del personal médico que trabaja en urgencias, debe poder funcionar y estar consciente de cómo avanzar ante todas las eventualidades.

dades. Al utilizar sus conocimientos y los procedimientos necesarios para atender al paciente, es fundamental que proyecte seguridad y confianza.

Estos son algunos de los deberes o responsabilidades del TCAE para este servicio:

Una vez que el paciente haya sido admitido y esté siendo evaluado, debe darle la bienvenida, identificarlo y entregarle un brazalete de identificación para que lo use mientras recibe el tratamiento.

Ayudar al paciente a vestirse y desvestirse manteniendo su privacidad y dándole todo lo que necesita en función de lo dependiente que pueda ser.

Junto con el personal de enfermería, tomar los signos vitales documentándolos en cada momento.

Los instrumentos y equipos médicos que se utilicen deben limpiarse y mantenerse adecuadamente.

Cuando sea necesario, debe ayudar a los pacientes y trabajar con la enfermería para administrar medicamentos por vía tópica, de recuperación u oral.

Ayudar al paciente con la alimentación y el aseo según sea necesario.

Completar las solicitudes de los pacientes y la recolección de muestras necesarias (excremento, orina, sangre)

Registrar las eliminaciones y realiza un seguimiento del balance hídrico.

Controlar el correcto mantenimiento y uso de las cajas, asegurándose de que los insumos y maquinaria se encuentren en óptimas condiciones. Manteniéndolos preparados con los materiales necesarios, se deben documentar las incidencias para que puedan resolverse lo más rápido posible.

Trabajar junto con el personal de enfermería en todos los procedimientos cuando sea necesario, incluidos enemas, colocación de sondas vesicales, rectales o nasogástricas, administración de medicamentos y recolección de muestras.

Explicar lo mejor que podamos el procedimiento a los pacientes y sus familiares así como las normas a seguir (horario de visitas, régimen), así como atender cualquier duda que pueda surgir.

5 Discusión-Conclusión

Además de conocer todos los protocolos de servicio, el TCAE debe saber actuar ante cualquier situación que se pueda presentar. La coordinación y el trabajo en equipo con el resto del personal médico son cruciales, y siempre deben primar las situaciones graves o urgentes en función de las exigencias del momento.

La TCAE debe considerar factores importantes como la comunicación profesional efectiva y la capacidad de infundir confianza y seguridad en el paciente.

Los TCAE y el resto de profesionales rotan por las distintas áreas asistenciales del servicio, por lo que deben poseer un conocimiento profundo de las técnicas y procedimientos a utilizar en cada área con el fin de elevar el nivel de la asistencia sanitaria y asistencia sanitaria prestada en el centro sanitario.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tcae-servicio-de-urgencias>.

Capítulo 231

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA PROBLEMÁTICA DE LAS AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO

DAVINIA GARCÍA -MORENO ARAQUE

NURIA GALINDO CASADO

JUAN CARLOS RECIO DELGADO-AGUILERA

PATRICIA LOPEZ MERINO

DAVID GARCÍA RUBIO

1 Introducción

La labor de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es esencial en el entramado de la atención médica, desempeñando un papel crucial en la calidad de la asistencia sanitaria. Sin embargo, en el ejercicio de sus funciones, estos profesionales se enfrentan a una problemática cada vez más preocupante: los ataques y agresiones que sufren en el ámbito de la salud.

La violencia dirigida hacia los TCAE y otros profesionales de la salud es un fenómeno que va en aumento y que tiene graves consecuencias tanto para el bienestar

de los trabajadores como para la atención que se brinda a los pacientes. Estas agresiones pueden manifestarse de diversas formas, desde amenazas verbales hasta agresiones físicas, y ponen en riesgo la seguridad de quienes dedican sus vidas a cuidar a los demás.

Esta problemática plantea preguntas importantes sobre la seguridad y el respeto que deben recibir los profesionales de la salud en el ejercicio de sus funciones. En esta introducción, exploraremos las causas subyacentes de esta problemática, sus impactos en los trabajadores y el sistema de salud, así como las posibles soluciones y medidas que se están tomando para abordar este problema creciente. Es fundamental concienciar sobre la necesidad de proteger a quienes nos cuidan y garantizar un entorno seguro en el ámbito de la salud.

2 Objetivos

El objetivo será enumerar las posibles causas de las que derivan las ataques al personal de enfermería y cómo afrontan estos profesionales este tipo de situaciones

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 problemática de los ataques a los profesionales de la salud, y en particular a los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), es un fenómeno que requiere una exploración detallada para comprender su alcance y sus consecuencias.

En primer lugar, es fundamental destacar que estos ataques no se limitan únicamente a agresiones físicas, aunque estas son las más visibles. Los profesionales de la salud a menudo se enfrentan a amenazas verbales, insultos y actitudes hostiles por parte de pacientes y sus familiares. Estas situaciones generan un ambiente

de trabajo tenso y estresante, lo que puede afectar la salud mental y emocional de los TCAE y otros trabajadores de la salud.

Las causas subyacentes de esta problemática son diversas. La sobrecarga del sistema de salud, largos tiempos de espera, la falta de recursos y el desconocimiento por parte de los pacientes acerca de la complejidad de los procedimientos médicos pueden contribuir a la frustración y la agresividad. Además, la pandemia de COVID-19 ha agravado esta situación, generando un aumento en la ansiedad y la tensión en los entornos sanitarios.

Los efectos de estos ataques son perjudiciales en varios aspectos. En primer lugar, los profesionales de la salud experimentan un deterioro en su bienestar psicológico, lo que puede llevar a altos niveles de estrés, agotamiento y, en algunos casos, síntomas de trastorno de estrés postraumático. La rotación de personal en el sector de la salud también puede aumentar debido a estas condiciones laborales desafiantes.

Además, los ataques afectan la calidad de la atención médica brindada. Los profesionales de la salud que se sienten amenazados pueden tener dificultades para concentrarse y brindar el nivel de cuidado necesario, lo que pone en riesgo la seguridad de los pacientes.

En resumen, los ataques a los profesionales de la salud, incluidos los TCAE, son una problemática multifacética que compromete la seguridad, la salud y el bienestar tanto de los trabajadores como de los pacientes. La búsqueda de soluciones para abordar este problema es esencial para garantizar un ambiente de trabajo seguro y una atención médica de calidad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la problemática de los ataques a los profesionales en el ámbito de la salud, incluyendo a los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), es un desafío apremiante que requiere una atención inmediata. Los efectos de estos ataques son profundos y abarcan múltiples aspectos. En primer lugar, la salud mental y emocional de los trabajadores se ve seriamente afectada, dando lugar a altos niveles de estrés y agotamiento, lo que puede repercutir en la calidad de la atención que brindan a los pacientes.

Por otro lado, la seguridad de los pacientes está en juego cuando los profesionales se ven distraídos o intimidados en su entorno laboral. La falta de concentración

y el temor a futuros ataques pueden poner en riesgo la precisión y eficacia de los procedimientos médicos. Además, la alta rotación de personal en el sector de la salud como resultado de estas condiciones laborales adversas, afecta negativamente la continuidad de la atención.

En resumen, la problemática de los ataques a los profesionales de la salud tiene efectos devastadores tanto en el bienestar de los trabajadores como en la calidad de la atención médica brindada. Es crucial implementar medidas preventivas y de apoyo para garantizar la seguridad y la salud de quienes dedican sus vidas al cuidado de los demás.

6 Bibliografía

<https://www.fp-santagema.es/protocolo-actuacion-una-agresion-auxiliar-enfermeria/>

Capítulo 232

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DURANTE EL ASEO ASISTIDO DEL PACIENTE DEPENDIENTE

RAQUEL TELLO SANZ

BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO

INÉS DEL CONSUELO QUISHPE CABEZAS

MABEL TAMARA CATASI HUANQUI

LOURDES LILIA HUANQUI CONDORI

1 Introducción

Cuando una persona mayor permanece largos periodos de tiempo ingresado en un centro hospitalario, pierde en cierta medida las costumbres y autonomía que tenía en su día a día en su entorno familiar, doméstico y social. De ahí la importancia de favorecer la autonomía de los pacientes geriátricos en aquellas actividades que pueda realizar en el centro hospitalario.

Una de las tareas más habituales realizadas por el paciente geriátrico en su entorno doméstico era la propia higiene personal, el hábito de asearse cada mañana

no se debe perder en el centro hospitalario, es más, es de vital importancia para el paciente continuar con los hábitos de higiene personal diariamente resultando favorable para:

- Favorecer la autonomía del propio paciente.
- Garantizar el aseo diario del paciente como medida para el cuidado de la piel.
- Favorecer la confortabilidad y comodidad del paciente cuando es aseado y se encuentra limpio y con buen olor.

Es por ello, por lo que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante el desarrollo de sus funciones con el paciente geriátrico dependiente favorezcan y promuevan la participación del paciente durante el aseo diario asistido, para lo cual les permitirán asearse la cara y las manos con una toalla o una esponja y después secar las zonas corporales aseadas.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de favorecer la autonomía del paciente geriátrico durante la realización del aseo diario.
- Detallar los beneficios de realizar el aseo diario en el paciente geriátrico dependiente.
- Detallar los diferentes procedimientos utilizados por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante el aseo asistido del paciente geriátrico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Durante el aseo asistido realizado por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería con el paciente geriátrico dependiente es imprescindible que el paciente se encuentre seguro durante toda la actuación, es por ello, por lo que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería podrá barajar dos procedimientos de actuación para realizar el aseo diario del paciente.

- Aseo asistido del paciente en el baño.

- Aseo asistido del paciente en la cama.

La realización de uno u otro de estos procedimientos estará en concordancia con las capacidades físicas del paciente, así como con el diagnóstico clínico de este.

Antes de comenzar cualquier actuación, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería realizará dos actuaciones previas:

1. Comunicar al paciente la actuación que se va a realizar y determinar que procedimiento es el adecuado para dicho paciente.

2. Preparar el material necesario teniendo en cuenta el tipo de procedimiento que se va a realizar durante el aseo diario del paciente geriátrico.

- Aseo asistido del paciente en el baño.

Material necesario: o Dos toallas, una pequeña y una mayor. o Camisón o pijama de la institución sanitaria. o Esponja. o Gel corporal. o Crema hidratante. o Esta actuación será realizada en aquellos pacientes dependientes que tengan una adecuada movilidad, así como el permiso del equipo médico para levantarse de la cama.

- Aseo asistido del paciente en la cama.

Material necesario: o Dos toallas, una pequeña y una mayor. o Camisón o pijama de la institución sanitaria. o Esponja. o Gel corporal. o Crema hidratante. o Aceites (linovera o mepentol) o Colonia. o Pañal. o Empapadores.

Esta actuación será realizada en aquellos pacientes cuyas fuerzas físicas se encuentren debilitadas o deban mantener reposo absoluto por indicación médica.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante el aseo asistido del paciente dependiente” nos demuestra las diferentes técnicas desarrolladas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería durante el aseo asistido de los pacientes geriátricos dependientes.

Del mismo modo, se ha detallado la necesidad de favorecer la autonomía del paciente dependiente, así como de continuar los hábitos que estas personas tienen en su domicilio y en su día a día. Es de vital importancia que tanto el técnico en cuidados auxiliares de enfermería como el equipo de enfermería no les realicen todas las actividades al paciente, sino que garanticen la autonomía del paciente, permitiéndoles hacer aquellas pequeñas comunes que sean capaces.

6 Bibliografía

1. GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013
2. GUILLAMAS. C, GUTIERREZ. E, HERNANDO. A. Técnicas básicas de enfermería. 2010. España. Editorial Editex.
3. 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.
4. PEREZ, E., FERNANDEZ, A.M. Auxiliar de enfermería. 2013. España. Editorial Mc Graw Hill Education
5. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición 2021

Capítulo 233

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN

RAQUEL TELLO SANZ

BEATRIZ ANDRÉS GARRIDO

INÉS DEL CONSUELO QUISHPE CABEZAS

MABEL TAMARA CATASI HUANQUI

LOURDES LILIA HUANQUI CONDORI

1 Introducción

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son los profesionales sanitarios encargados de realizar los cuidados asistenciales a los pacientes y de auxiliar al equipo de enfermería y al equipo médico durante el desarrollo de la actividad profesional de estos.

La figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encuentra en cada uno de los servicios que componen el centro hospitalario, puesto que su actividad profesional es imprescindible para el correcto funcionamiento de la institución sanitaria.

En las plantas de hospitalización esta figura se intensifica con la presencia de un mayor número de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, debido a la gran demanda asistencial de cuidados de enfermería, por lo que en un servicio

normal pueden encontrarse entre uno y dos Técnicos en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE), en las plantas de hospitalización se multiplica por dos la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

El número de integrantes de esta categoría profesional en un centro hospitalario estará en concordancia con el número de pacientes atendidos en el servicio de urgencias y en las consultas externas, así como con el número de camas hospitalarias disponibles en el centro sanitario.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones realizadas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes hospitalizados.
- Enumerar las funciones realizadas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en las plantas de hospitalización.
- Enumerar las funciones realizadas por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería como auxilio al equipo de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como se ha mencionado anteriormente, el número de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería encontrados en las plantas de hospitalización se debe al número de camas hospitalarias de las que disponga cada planta.

Sin embargo, las funciones de un TCAE en una planta de hospitalización no se limitan en atender asistencialmente al paciente que se encuentra ingresado, sino que deberá ocuparse de reponer el material sanitario y no sanitario utilizado por el equipo de enfermería, así como de auxiliar a la categoría profesional de enfermería durante el desarrollo de su actividad profesional. Es por ello, por lo que las funciones de los TCAE en una planta de hospitalización se pueden clasificar en tres grandes grupos.

Funciones realizadas en las plantas de hospitalización.

- Trasladar las analíticas y muestras biológicas a los laboratorios correspondientes.
- Limpiar el instrumental sanitario utilizado y mandarlo al servicio de esterilización.
- Recargarán los carros de curas una vez finalizadas las curas por el equipo de enfermería.
- Repondrán el material sanitario y no sanitario utilizado durante la asistencia médica de los pacientes.

Funciones de auxilio al equipo de enfermería.

- Auxiliar al equipo de enfermería durante la administración oral de la medicación.
- Auxiliar al equipo de enfermería durante la extracción de sangre.
- Auxiliar al equipo de enfermería durante la recogida de muestras biológicas.
- Auxiliar al equipo de enfermería durante la contención del paciente agitado.
- Auxiliar al equipo de enfermería durante la realización de las curas.

Funciones relacionadas con la asistencia al paciente hospitalizado.

Las funciones llevadas a cabo sobre los pacientes hospitalizados estarán determinadas de la dependencia que muestre cada uno de los pacientes, puesto que requerirá más atenciones una persona mayor que una persona joven.

- Realizar el aseo diario a los pacientes encamados o dependientes.
- Ayudar a levantar y acostar a los pacientes dependientes.
- Cambiar la ropa de cama de todos los pacientes.
- Ayudar al paciente dependiente durante las comidas.
- Realizar el cambio de pañal al paciente dependiente.
- Colocar y retirar la cuña al paciente que se encuentre en reposo absoluta y no requiera de pañal.
- Recoger la diuresis de los pacientes que tengan una sonda vesical.
- Administrar enemas a los pacientes.
- Recibir a los pacientes cuando ingresan en la planta.
- Ayudar al celador a la transferencia del paciente que ingresa desde la camilla del servicio de urgencias hasta la cama hospitalaria.
- Ayudar al celador durante los traslados internos de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las plantas de hospitalización.

Funciones del tcae con los pacientes hospitalizados” nos demuestra la gran importancia que tiene la presencia de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería en un centro hospitalario, pero especialmente en una planta de hospitalización, ya que pueden considerar un pilar para el correcto funcionamiento de la asistencia sanitaria en cualquier institución sanitaria.

Es importante, que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería posean los conocimientos necesarios acordes al servicio donde se encuentre adscrito, puesto que su buen hacer durante el desarrollo de la jornada laboral dependerá de ello.

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. Edición2021.

Capítulo 234

ÁREA DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA HOSPITALARIA Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON

1 Introducción

La rehabilitación hospitalaria es un conjunto de medidas terapéuticas dirigidas a la recuperación de la función física, psicológica y social de una persona que ha sufrido una enfermedad o lesión que ha afectado su capacidad de realizar actividades de la vida diaria. Esta rehabilitación se lleva a cabo en un hospital o centro de rehabilitación, y tiene como objetivo principal que la persona recupere su autonomía y calidad de vida.

La rehabilitación hospitalaria se lleva a cabo por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud que trabajan juntos para brindar al paciente una atención integral y personalizada. Este equipo está compuesto por médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos y, en algunos casos, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

Los TCAE tienen una función muy importante en la rehabilitación hospitalaria, ya que su labor consiste en proporcionar una atención integral al paciente en sus actividades de la vida diaria, colaborando con los demás profesionales del equipo en la ejecución de los tratamientos y terapias indicadas. Además, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, se encargan de controlar la medicación, tomar y registrar las constantes vitales, realizar curas y cambios de apósitos, y colaborar en la movilización y cuidado del paciente.

2 Objetivos

Explicar, de manera sencilla, las funciones y el papel que ejercen los TCAE en las áreas de fisioterapia y la rehabilitación hospitalaria.

3 Metodología

La revisión se realizó entre los meses de diciembre de 2022 y marzo de 2023.

Se buscó en motores de búsqueda de datos como son: Medline, Scielo, Google Académico.

Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas de bases de datos nacionales e internacionales.

Se encontraron un total de 12 artículos, seleccionados finalmente 10 artículos.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y el fisioterapeuta son dos profesionales de la salud que trabajan juntos en el ámbito de la rehabilitación y el cuidado de pacientes que han sufrido alguna lesión o enfermedad que ha afectado su capacidad funcional. El fisioterapeuta es el profesional especializado en el diagnóstico, tratamiento y prevención de trastornos del movimiento y de la función del cuerpo humano. Su objetivo es la recuperación y mejora de la movilidad, la fuerza, la flexibilidad y la coordinación de los pacientes, a través de la aplicación de técnicas y ejercicios terapéuticos específicos.

El TCAE, por su parte, es el profesional que presta atención directa al paciente en su día a día, colaborando con los demás profesionales del equipo en la ejecución de los tratamientos y terapias indicadas. Su labor consiste en proporcionar una atención integral al paciente en sus actividades de la vida diaria, controlar la medicación, tomar y registrar las constantes vitales, realizar curas y cambios de apósitos, y colaborar en la movilización y cuidado del paciente.

En el ámbito de la rehabilitación, el TCAE trabaja en colaboración con el fisioterapeuta en la ejecución de los tratamientos y terapias indicadas, colaborando en la movilización y cuidado del paciente durante las sesiones de fisioterapia y ayudando en la ejecución de ejercicios y técnicas terapéuticas. Además, el TCAE es responsable de supervisar y registrar las evoluciones y mejoras que experimenta el paciente durante el proceso de rehabilitación.

El trabajo conjunto entre el fisioterapeuta y el TCAE es fundamental para la rehabilitación y el cuidado de los pacientes que han sufrido alguna lesión o en-

fermedad, que ha afectado su capacidad funcional. La colaboración y el trabajo en equipo son esenciales para lograr los mejores resultados en la recuperación de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo se confirma que la rehabilitación y la fisioterapia hospitalaria es esencial para la recuperación y el bienestar del paciente, ya que le ayuda a recuperar su independencia y su capacidad funcional, lo que a su vez mejora su calidad de vida.

La labor de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en este ámbito es fundamental, puesto que su trabajo asistencial y colaborativo es imprescindible para el éxito de la rehabilitación. Es importante la colaboración ofrecida por estos profesionales en el proceso de acompañamiento del paciente en su recuperación funcional para las actividades de la vida diaria.

6 Bibliografía

1. Santos, M. (2003). Una flecha en la diana: La evaluación como aprendizaje (Vol. 5). Madrid: Narcea.
2. Stobart, G. (2005). Perdido en la traducción: pasar de los principios a la política a la práctica en la evaluación formativa. *Evaluación en la educación: Principios, política y práctica*, 12(1), 3-5.

Capítulo 235

SALA DE RESONANCIA MAGNÉTICA

ALMUDENA ESPERANZA SANCHEZ ALARCON

1 Introducción

La resonancia magnética (RM) es una técnica de imagenología no invasiva que utiliza ondas de radio y campos magnéticos para generar imágenes detalladas del interior del cuerpo humano. A diferencia de la tomografía computarizada (TC), que utiliza radiación ionizante, la RM no produce radiación y es considerada segura para la mayoría de las personas. La RM se utiliza en una amplia variedad de aplicaciones médicas, incluyendo la detección y diagnóstico de lesiones cerebrales, lesiones de la médula espinal, tumores, trastornos musculoesqueléticos y enfermedades de los órganos internos.

Durante el proceso de RM, el paciente se coloca dentro de un escáner de RM, que contiene un poderoso imán que produce un campo magnético intenso. Una vez dentro del escáner, se envían pulsos de radiofrecuencia al cuerpo para excitar los núcleos de hidrógeno en los tejidos. Estos núcleos emiten señales de radio que son recogidas por una antena y procesadas por una computadora para crear imágenes detalladas en 2D o 3D del interior del cuerpo.

La RM es una herramienta importante para el diagnóstico y tratamiento de una amplia variedad de enfermedades y trastornos médicos, y se utiliza en combinación con otros exámenes médicos, como análisis de sangre y biopsias, para ayudar a los médicos a tomar decisiones informadas sobre la atención médica de sus pacientes.

Además, la RM es una herramienta importante para la investigación médica y se utiliza en estudios de investigación para comprender mejor las enfermedades y desarrollar tratamientos más efectivos.

2 Objetivos

Explicar detalladamente y de manera entendible las actividades o funciones que ejerce el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el área de o sala de resonancia magnética.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Dialnet y Pubmed desde el año 2018 hasta hoy. De los artículos que se han seleccionado los más interesantes por un equipo de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que trabajan en distintas áreas.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel importante en la sala de resonancia magnética, ya que es el encargado de preparar al paciente y de asegurarse de que se sigan todas las medidas de seguridad necesarias durante el procedimiento. A continuación, se describen las funciones principales del técnico en esta área:

- Preparación del paciente: El técnico debe asegurarse de que el paciente se sienta cómodo y tranquilo durante el procedimiento. Debe explicarle el proceso y resolver cualquier duda o preocupación que pueda tener. Además, deberá asegurarse de que el paciente esté en buenas condiciones para realizar la resonancia magnética, retirando cualquier objeto metálico del cuerpo y solicitando información sobre posibles contraindicaciones.
- Preparación del equipo: El técnico debe asegurarse de que el equipo esté en perfectas condiciones de funcionamiento antes del procedimiento. Además, debe programar el equipo según las instrucciones del médico y las necesidades específicas del paciente.
- Control del tiempo y del flujo de pacientes: El técnico debe asegurarse de que el tiempo asignado a cada paciente sea respetado, evitando así retrasos innecesarios en el proceso y facilitando la atención de los siguientes pacientes.
- Seguridad del paciente: El técnico debe asegurarse de que se sigan todas las medidas de seguridad necesarias durante el procedimiento, como el uso de protectores auditivos y de mascarillas de protección en caso de pacientes con infecciones respiratorias.

- Registro de datos: El técnico debe registrar toda la información relevante sobre el procedimiento, como el tiempo de duración, las condiciones del paciente y cualquier otra observación relevante. En resumen, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel fundamental en la preparación y cuidado del paciente durante el proceso de resonancia magnética, así como en la seguridad y correcto funcionamiento del equipo.

5 Discusión-Conclusión

En resumen y tal como hemos desarrollado en este capítulo especialmente en el anterior apartado de resultados, hemos descrito las funciones realizadas por el TCAE o auxiliar de enfermería en la sala de resonancia magnética, entre las que hemos visto como más importantes la de encargarse de preparar al paciente y de asegurarse de que se sigan las medidas de seguridad necesaria durante el procedimiento, entonces hemos descrito como se prepara al paciente, como se prepara el equipo, como se controla el tiempo y el flujo de pacientes, registro de datos de la información relevante u observación.

En conclusión, hemos visto que el papel que tiene el TCAE en la sala de resonancia magnética y en especial con el paciente se antoja fundamental para el buen funcionamiento de este servicio.

6 Bibliografía

1. Lévano Loayza, S. A., & Sovero Gaspar, A. T. (2020). Evaluación anatómica de la articulación temporomandibular mediante resonancia magnética. Artículo de revisión. Revista Estomatológica Herediana, 30(4), 285-293.

Capítulo 236

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN Y POSTANESTESIA

SONIA URDA GARCÍA

MARÍA ESTRELLA SÁNCHEZ OLIVA

JULIANA ALMARCHA REINOSO

MARÍA LEONOR LARA BARBERO

MARIA TERESA AGUADO TABERNÉ

1 Introducción

La unidad de reanimación y postanestesia es una parte del servicio de quirófano, por lo que se encuentra ubicado dentro de estas unidades en la parte casi externa que permite la entrada de los familiares sin romper la asepsia propia de los quirófanos.

Dentro de estas unidades, se reciben a los pacientes que se han sometido a una intervención quirúrgica con cualquier tipo de anestesia, ya sea regional o general, que no precisan de las unidades de cuidados intensivos, pero necesitan de un tiempo para recuperar de forma autónoma sus constantes vitales.

Dentro de estas unidades, existen equipos multidisciplinares de personal sanitario y no sanitario que buscan la recuperación y el confort de los pacientes

quirúrgicos, ofreciendo unos cuidados de calidad que logran que los sistemas sanitarios obtengan la confianza de los ciudadanos que tienen que ser intervenidos. Dentro de estos equipos se encuentra la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería que intenta cubrir las necesidades básicas de los pacientes que por el momento tienen limitada su autonomía.

Este servicio de reanimación, que es parte del bloque quirúrgico, permite la atención de los pacientes con premura. El profesional encargado de trasladar al paciente hasta aquí es el celador, que pese a no ser personal sanitario forma parte del equipo de reanimación y postanestesia.

2 Objetivos

- Exponer las intervenciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de reanimación y postanestesia.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras claves: anestesia, reanimación, cuidados, URPA, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y otros.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargará dentro de estas unidades de las funciones habituales que tiene dentro de las unidades de hospitalización, como son la reposición de ropa de hospital de las unidades, en el almacén, en los boxes del hospital. La organización y preparación de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería hacen que el paciente sea dado de alta en el hospital de manera satisfactoria. Dentro de cada unidad, debemos desarrollar una serie de funciones y habilidades concretas para poder satisfacer las necesidades de los pacientes de las unidades de reanimación y postanestesia.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería trabaja junto con el resto del equipo de enfermería para valorar, planificar y ejecutar sin olvidar evaluar el trabajo y la atención que realiza en estas unidades a los pacientes postquirúrgicos. Antes de recibir a los pacientes, debemos de revisar y preparar el box o el lugar donde se reciben a los pacientes, ya que normalmente las salidas de los quirófanos suelen coincidir. Por ello, debemos comprobar que el equipo de monitorización este limpio y revisado junto con los electrodos y los sistemas de oxigenación propios como mascarillas y cánulas nasales.

Los técnicos que desarrollamos nuestras funciones en este tipo de unidades debemos tener la capacidad de reaccionar ante una posible parada intrahospitalaria, ya que suele tener cierta normalidad en estas unidades. Ello requiere que sepamos usar y ofrecer el material necesario del carro de paradas al resto del equipo. En las unidades de reanimación y postanestesia, una de las funciones primordiales es la observación de las constantes vitales (tensión arterial, saturación, temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria junto a la diuresis), ya que estos parámetros nos van a ir mostrando la recuperación del paciente de la anestesia facilitando su alta a las plantas de hospitalización.

Junto a las constantes vitales, debemos observar su nivel de consciencia y los drenajes y colostomías que pueda portar el paciente ya que un llenado rápido puede ser signo de una hemorragia que veremos reflejado en una caída de la tensión arterial y aumento de la frecuencia cardiaca.

Por último, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería ofrecemos cuidados de confort y el paciente en estas unidades suele manifestar que tiene frío debido a la baja temperatura de los quirófanos, por ello debemos ofrecer mantas o cualquier otro sistema que le dé calor al paciente.

Somos los profesionales que ejecutamos los cuidados básicos de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, la unidad de reanimación y posanestésica es el último eslabón dentro de la cadena de la intervención quirúrgica, por lo que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería somos los corresponsables con el resto de equipo para que la cirugía sea un éxito y se facilite la recuperación del paciente. En las unidades de reanimación y postanestesia, la constante entrada y salida de los pacientes conlleva poco tiempo de estancia, pero genera situaciones de urgencia. Esto hace que tanto los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería como el resto del equipo tengamos actuaciones a corto plazo.

Por lo tanto, de alguna manera perdemos la continuidad de los cuidados, que

es primordial en nuestras funciones, siendo una desventaja de estos servicios, por lo que en el informe de alta a la unidad hospitalaria debemos transmitir a la enfermera con exactitud los cuidados básicos a los que debe someterse el paciente para reflejar esa continuidad.

6 Bibliografía

1. Díaz Janeiro F, Díaz Janeiro T. Título del artículo: Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería respecto al paciente quirúrgico en el proceso perioperatorio. Revista Médica y de Enfermería Ocronos; julio 2020 .
2. Recomendaciones y estándares para el cuidado postanestésico inmediato y el funcionamiento de la unidad de recuperación anestésica .Rafael Villavicencio. Artículo de revisión 1996.
3. Evangelina Perz y otros “Técnicas básicas de enfermería” Mac Graw Hill. Ed 2017.

Capítulo 237

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

DELIA CASTELLS ROCA

MARÍA YOLANDA CASILLAS BRASERO

MARÍA JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ

CARLA LÓPEZ VALENCIA

LETICIA MARTIN GARCIA

1 Introducción

El servicio de rehabilitación no lleva tantos años con nosotros como nos imaginamos, tan solo lleva unos mas o menos 30 años tal y como lo conocemos casi actualmente, ya que no es un servicio que avance a grandes pasos hablando tecnológicamente.

No fue hasta los años 50 o 70 cuando ya se pudo introducir la rehabilitación como una rama especial médica.

En España en el año 1969 la rama de rehabilitación experimentó un importante reconocimiento.

Cuando la rehabilitación llegó a España, dio la oportunidad que varios personales sanitarios se especializaron y así poder lograr crear un servicio con personal altamente cualificado.

Rehabilitación significa: Gimnasia higiénica, médica y ortopédica, y el principal objetivo de este servicio es conseguir devolver la movilidad a aquel miembro que se encuentre dañado o que haya perdido cierta movilidad por una simple patología o por un accidente de tráfico, es cierto que la movilidad se pierde muy fácilmente pero cuesta mucho recuperarla.

Esta nueva rama sanitaria también ofrecía una nueva posibilidad para aquellos enfermos que se encontraban inválidos y que había que reinsertarlos nuevamente a la sociedad económica.

Se consideraba que un paciente se encontraba recuperado o casi recuperado cuando este volvía a tener movilidad, había veces que se volvía a tener la movilidad al 100% y otras veces solo se recuperaba un poco.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es poder mostrar el trabajo que realizan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en un servicio con es el de rehabilitación.

3 Metodología

Para lograr un capítulo completo hemos extraído una parte de información de la siguiente página web: Área de Salud de Cáceres.

Además gracias al Hospital Universitario de Toledo hemos podido acceder al servicio de rehabilitación para conocer cuales son las funciones que realizan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en este servicio.

Para la elaboración final 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. Las palabras que nosotros identificamos como claves son: Tcae, Paciente, Servicio.

4 Resultados

Las funciones del técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de rehabilitación son las siguientes:

Realizarán los llamamientos de los pacientes en la sala de espera y además les indicarán por donde deben de proceder para ir al gimnasio.

En el caso de que haya pacientes que no lo sepan, los tcas se encargarán de darles los consejos de vestimenta con la que tiene que acudir al gimnasio para poder realizar cómodamente los ejercicios implantados por los fisioterapeutas.

Repondrán la lencería (sábanas) ya que las sabanas de las camillas o de los aparatos se deben de cambiar entre pacientes.

Vigilarán que todos los pacientes realicen de la manera correcta los ejercicios impuestos por los fisioterapeutas.

Cooperarán junto con los pacientes en la correcta colocación en los lugares donde se les va a proceder a darles los masajes o los ejercicios.

En caso de que el paciente sea dependiente, una vez haya terminado de realizar los ejercicios el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá asearlo y posteriormente le volverá a vestir con la ropa nueva que el paciente traiga.

Recogerán la ropa sucia (sábanas) y las introducirá en sacos de tela para que mas tarde pase el servicio de lencería a por ellas.

Colocarán todo aquel material que hayan utilizados los enfermos y además deberán desinfectar y limpiar el material o instrumental que se haya utilizado, siempre lo limpiarán con los productos que marque el fabricante.

En caso de que los pacientes necesiten de ambulancia, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería serán los encargados de pedirla para que vuelvan a recogerlos y los deje de vuelta en sus destino de origen.

Cooperarán con el fisioterapeuta en lo que este les pida, ya que habrá paciente que ellos solos no podrán movilizar o no podrán realizarle ellos solos los ejercicios.

5 Discusión-Conclusión

En este servicio comprobamos que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tienen funciones muy específicas ya que es un servicio que el equipo sanitario debe de estar muy unido.

Las técnicos en cuidados auxiliares de enfermería no pueden faltar pues son un pilar fundamental para que le servicio realice de forma correcta los llamamientos

a los pacientes y no vayan con retraso pues un retraso en el servicio constituye un día menos de rehabilitación para esos pacientes.

Por estos motivos los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben de ser considerados y a la vez deben de saber entender las situaciones por las que pasan los pacientes y ayudarlos en todo lo que estén en sus manos.

Capítulo 238

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y SU FUNCIÓN EN LOS CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO

ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR

MARIA GONZALEZ CORCOLES

EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR

JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ

JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

El recién nacido recibe atención y atención adecuada en la unidad de neonatología de un hospital. Las primeras 24 horas de vida son fundamentales para identificar enfermedades o complicaciones que puedan surgir porque son numerosos los cambios que se producen tras salir del útero.

En esta unidad trabajará de forma conjunta un equipo multidisciplinar formado por especialistas en pediatría (también conocidos como neonatólogos), el equipo de enfermería (que incluye a los TCAE), y en algunas circunstancias, donde la situación sea más complicada, también participarán otros miembros.

Realizar una historia perinatal, que implica observar a la familia, anotar la historia fisiológica del recién nacido y anotar su historia patológica, es crucial para los profesionales médicos.

Uno de los trabajos más importantes que se deben realizar en la unidad neonatal es monitorear los signos vitales del bebé, como asegurarse de que tenga un ritmo cardíaco saludable, suficiente respiración y órganos en funcionamiento.

Esta será solo una de las muchas funciones que tendrán la enfermera y el TCAE en este servicio. La medicina neonatal se practica en el hospital desde el momento del parto. El buen trabajo en equipo y la comunicación efectiva entre todos los miembros del equipo son fundamentales en los servicios de salud como en cualquier otro.

2 Objetivos

Observar la importancia de las tareas que realizan los TCAE en el cuidado del recién nacido, incluyendo la educación de los padres y el cuidado e higiene del recién nacido.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Algunas de las funciones que realiza el TCAE en la unidad de neonatología son las siguientes:

- Garantizar que el recién nacido reciba cuidados básicos y adecuados.
- Proporcionar al recién nacido una higiene adecuada.
- Realizar un lavado corporal parcial o baño de inmersión. Para ello, seleccionando el material adecuado.
- Prestar especial atención al cordón umbilical, incluida la selección del material adecuado y, posiblemente, el uso de antisépticos o curado en seco.

- Estar alerta por dermatitis en la zona del pañal. Luego se cambiaría el pañal por uno de otro material.
- Asegúrate de que el bebé esté relajado.
- Formar un equipo con el resto de profesionales sanitarios.
- Educar a los padres sobre cómo cuidar al recién nacido de forma segura y adecuada.

Entre todas estas funciones que realiza el TCAE destacamos la importancia de cuidar y proteger la piel del recién nacido porque sirve de barrera contra infecciones, además de salvaguardar los órganos internos y ser la encargada de regular la temperatura.

Contamos con el baño, que realiza el TCAE, como medida de higiene necesaria para mantener la piel lo más limpia posible y así evitar que el recién nacido se infecte por bacterias o virus, entre otras causas.

Evitar cambios bruscos de temperatura, utilizar muy poco jabón (evitar el uso de otros productos; pueden irritar la piel) y bañar al recién nacido durante Se recomienda más de cinco minutos (hacerlo puede causar sensibilidad).

El baño ayuda a los recién nacidos a adaptarse a su nueva vida fuera del útero de su madre al evocar recuerdos de su tiempo allí.

Uno de los trabajos más importantes que se deben realizar en la unidad neonatal es monitorear los signos vitales del bebé, como asegurarse de que tenga un ritmo cardíaco saludable, suficiente respiración y órganos en funcionamiento.

5 Discusión-Conclusión

La labor que realiza todo el personal médico en la atención al recién nacido y en consecuencia, es crucial. El buen trabajo en equipo y la comunicación efectiva entre todos los miembros del equipo son fundamentales en los servicios de salud como en cualquier otro.

Los TCAE deben tener conocimientos suficientes y detallados de los neonatos, con enfoque en higiene, cuidado de la piel y baño corporal obligatorio.

En conclusión, los TCAE son fundamentales para el cuidado del recién nacido y su labor no puede evitarse bajo ningún concepto. Cuando el bebé es dado de alta unos días después, su evaluación en curso se traslada a la unidad de pediatría.

6 Bibliografía

1. Neonatología: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (Imip). Medsi, 2005.

Capítulo 239

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU AYUDA AL PACIENTE ONCOLÓGICO

ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR

EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR

JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ

JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

MARIA GONZALEZ CORCOLES

1 Introducción

El hospital de día de oncología puede atender a los pacientes que lo requieran pero que no requieran ingreso. Debido a su implicación en todas las actividades relacionadas con la atención al paciente, como son la llegada y recepción de pacientes, labores de consulta, actividades de la sala de tratamiento, etc., el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juega un papel crucial en este servicio.

Además, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería ofrece apoyo emocional a las familias de los pacientes que viajarán con ellos para recibir tratamiento. El cáncer es una afección muy peligrosa, por lo que es fundamental ofrecer a los pacientes apoyo continuo para evitar que se rindan. También educa a los

pacientes y familiares sobre todo el proceso de una manera amable que no los alarme, permitiéndoles interactuar entre sí sin miedo y con confianza mutua. Pero para que el día transcurra sin problemas, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe ayudar constantemente a los oncólogos y al personal de enfermería. Para el correcto funcionamiento del Hospital de Día de Oncología, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe cumplir una serie de obligaciones y realicen una variedad de tareas para su ayuda al paciente.

2 Objetivos

Describir los objetivos del técnico en cuidados auxiliares de enfermería al tratar al paciente con cáncer en un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Hospital de Día de Oncología requiere que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería realicen una variedad de tareas, por lo que dependiendo de dónde se encuentren deberán realizar diferentes tareas.

- Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben revisar la consulta antes de comenzar a trabajar en ella para asegurarse de que todos los materiales solicitados estén presentes. También deben confirmar que las pruebas solicitadas por los pacientes, como tomografías computarizadas y radiografías, se han recibido correctamente. como en la analítica. Además, cualquier posible nombramiento debe ser revisado por la TCAE. Para ser elegible para las siguientes pruebas, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería también debe verificar las citas de los pacientes del día anterior. Además, revisamos las citas canceladas y, si es necesario, llamamos a los pacientes o sus familiares para informarles. También están bajo control los SU al ingreso en el hospital de día de oncología. Aquí, el TCAE realiza tareas adicionales como saludar y recibir a los pacientes.

Los TCAE deben verificar que los pacientes de quimioterapia tengan su cita y análisis previos, debiendo anotar por código los pacientes que tienen revisión o cita previa y notificarles para operar este servicio y brindar al paciente toda la asistencia necesaria. El TCAE, que está a cargo y también atiende llamadas, debe velar por que los pacientes guarden silencio en la sala de espera y que todo esté en orden para que el trabajo sea efectivo.

- Al finalizar el turno, se recomienda que el TCAE registre las posibles incidencias, así como los asuntos pendientes que hay que resolver para hacerlo más tarde y evitar el olvido.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña una serie de funciones vitales en cada instalación donde se ofrece este servicio, lo que lo hace esencial para el funcionamiento de el hospital de día de oncología.

Una de las cosas más importantes a destacar es que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería deben tener mucha compasión por los pacientes y sus familias, ofrecerles mucho estímulo para que sigan con el tratamiento y priorizar siempre el bienestar del paciente. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben tener mucho cuidado al examinar los datos y los tratamientos sugeridos para poder realizar bien su trabajo.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben colaborar continuamente con el personal de enfermería y los oncólogos médicos para brindar la mejor atención posible.

6 Bibliografía

1. González, A. (2018). Las 6 reacciones emocionales ante el cáncer más habituales . Recuperado de [https:// ariadnagonzalezpsicol](https://ariadnagonzalezpsicol).

Capítulo 240

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EN LA SALA DE REANIMACIÓN

ROSARIO SANTIAGO ESCOBAR

EVA MARIA SANTIAGO ESCOBAR

JOSÉ LUIS CABANES HERNÁNDEZ

MARIA GONZALEZ CORCOLES

JOSE FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Cuando un paciente necesita atención urgente por una emergencia o una lesión uno de los primeros servicios que utiliza es una sala de emergencias. La primera estancia de urgencia del paciente es el triaje, donde la enfermera lo clasificará según su enfermedad y lo enviará al área correspondiente.

La gente necesita saber que, si bien una afección médica no siempre requiere atención inmediata, algunas emergencias sí requieren más atención que otras.

Estas situaciones son llevadas directamente al área de reanimación para que todo el personal médico pueda atenderlas de inmediato.

Dado que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es quien asiste constantemente al equipo de enfermería en todo lo que necesita, su papel en esta

situación es crucial: preparar la información que necesitará el equipo de enfermería, trabajar juntos en los métodos, etc. El objetivo es conseguir que el paciente se recupere lo mejor posible y experimente las menores secuelas posibles.

El TCAE se encarga de reunir y reabastecer toda la sala de reanimación cuando el paciente sale de la misma. Para que el trabajo se pueda realizar de forma eficaz ante una emergencia grave que requiera el traslado del paciente a la sala de reanimación, es fundamental que nunca falte ningún tipo de material.

2 Objetivos

Sensibilizar sobre la función de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en la sala de reanimación y en la sala 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

En ambulancia, helicóptero u otro medio de transporte, el paciente podrá llegar a urgencias solo o acompañado. La primera estancia de urgencia del paciente es el triaje, donde la enfermera lo clasificará según su enfermedad y lo enviará al área correspondiente.

Dado que los técnico en cuidados auxiliares de enfermería serán los primeros en interactuar con el paciente, deben saber qué hacer.

- Primero se debe quitar la ropa al paciente y vestirlo con un camisón.
- Posteriormente, el equipo de enfermería y el médico toman los signos vitales del paciente y los registran para su posterior revisión.
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería está obligado a asistir al equipo de enfermería en todo lo que requiera, incluyendo proporcionarles los materiales necesarios, ayudar en los análisis y llenar las bandejas con todos los materiales necesarios.

- Para que todo salga bien, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería también debe apoyar al paciente y proporcionarle la tranquilidad que necesita.
- Los pañales de los pacientes pueden cambiarse o ponerse ocasionalmente; Las personas mayores suelen ser las que reciben este tratamiento. Pueden tener la bacinilla o el biberón si no usan pañales. Los registros médicos deben examinarse cuidadosamente por si acaso.
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería también es responsable del abastecimiento del almacén, donde se guarda todo el material. Cada semana se añaden suministros al almacén. Haciendo coincidir el número del material que vamos a colocar con el número del estante correspondiente es como se coloca cada estante porque cada estante tiene un número único. Para que no haya errores posteriores, es fundamental disponerlo todo a la perfección.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel crucial en el servicio de urgencias porque se encarga de revisar y confirmar que no falta ningún tipo de material y porque ayuda en todo lo posible al equipo de enfermería para que el trabajo se realice de la forma más eficiente posible. Las TCAE no sólo deben centrarse en la condición física del paciente sino también en su condición psicológica. Es fundamental apoyar al paciente y brindarle la seguridad y tranquilidad que necesita para afrontar sus problemas de salud de la mejor manera posible y evitar volverse ineficaz ante una lesión, emergencia o enfermedad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 241

EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARIA DEL ROCIO ESTEBANEZ GARCIA

1 Introducción

El servicio de urgencia es la unidad por donde entran la mayoría de los pacientes que quedan ingresados en el hospital o que requieren una intervención inmediata por su estado.

En este servicio pueden llegar pacientes con todo tipo de afecciones, pero para ello es necesario valorar su estado, para ello existe un sistema de triaje el cual consiste en valorar los pacientes según necesidad, ya que pueden entrar varios a la vez pero ser más urgentes unos que otros. Cuanto de más gravedad sea su sintomatología mayor será su preferencia a la hora de ser atendido.

El triaje lo suele llevar a cabo enfermería y da lugar a un servicio más rápido y eficaz, sobre todo para los pacientes de más gravedad. El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el servicio de urgencias es crucial para garantizar una atención eficiente y humanizada a los pacientes. Este personal desempeña funciones fundamentales en la asistencia, colaborando estrechamente con el equipo médico y de enfermería. Su labor abarca desde la recepción inicial y registro de pacientes hasta el apoyo en procedimientos médicos de emergencia. La capacitación y habilidades del TCAE son esenciales para mantener la fluidez operativa y asegurar una respuesta rápida y efectiva en situaciones críticas.

2 Objetivos

-Conocer plenamente el trabajo y funciones del TCAE en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Los servicios de urgencias son dispositivos asistenciales que se han desarrollado a partir de la Ley General de Sanidad en 1986. Es un servicio con una habitual sobrecarga asistencial y una máxima calidad asistencial, por ello sus profesionales tienen que estar debidamente formados, tener habilidades y actitudes para su buen funcionamiento y para cubrir las necesidades de este enfermo que pasa por urgencias.

A raíz de esto se ha estudiado sus funciones exhaustivamente en buscadores y en experiencias propias del TCAE en este servicio.

4 Resultados

Los pacientes de este servicio suelen ser muy variados y presentar diversas dolencias por esos, aunque el TCAE no esté preparado para hacer su valoración si puede dar una idea de su estado y aportar información, ya que es el primer profesional que tiene que lidiar con este a su entrada en urgencias.

El TCAE debe estar preparado para poder colaborar con todo el equipo, puesto que el trabajo de urgencias se trata con base en un protocolo claro de intervención para que el trabajo se haga en el menor tiempo posible y con la mayor eficacia.

Las funciones del TCAE serían:

- a la entrada en este servicio el TCAE tiene que preparar al paciente para su exploración.
- recoger todas sus pertenencias y guardarlas, identificándolas debidamente.
- Hacer un electrocardiograma a los pacientes requerido por el médico.
- Asistir a los pacientes tanto emocionalmente, como sus necesidades fisiológicas.
- Mantener el box con todo su equipamiento en perfecto estado para volver a usarlo cuando procede. Cambio de ropa de cama y limpiar el material que se haya usado anteriormente.
- Ayudar a la enfermera en todo lo que nos solicite, como por el ejemplo el sondaje del paciente.

Por consiguiente, el TCAE debe estar completamente conectado con el resto del equipo y tendrá que ser una persona que se implique debido a su cercanía con los pacientes que llegan a este servicio.

La contribución del TCAE en el servicio de urgencias se refleja en resultados tangibles, como una mayor eficiencia en el flujo de pacientes, tiempos de respuesta más rápidos y una atención más personalizada. Su participación en la coordinación logística y el soporte emocional a los pacientes mejora la calidad del servicio. Además, la formación continua del TCAE en prácticas de emergencia fortalece la capacidad del equipo para enfrentar situaciones de alta complejidad. En conjunto, estos resultados destacan la importancia vital del TCAE en el entorno de urgencias para proporcionar atención de calidad y salvar vidas.

5 Discusión-Conclusión

En el servicio de urgencias, el TCAE tiene que ser un profesional con un perfil concreto, basado en las funciones comunes que tiene cualquier auxiliar y otras establecidas en conocimientos y empatía para lidiar con el paciente que entra por urgencias y poder colaborar estrechamente con el equipo para que sea un trabajo coordinado y eficaz.

También debe saber priorizar sus tareas en función de sus necesidades de los pacientes y del servicio. Aunque la TCAE no es la que valora el estado de los pacientes, sí que debe saber las formas de triaje (verde, amarillo y rojo) según el estado de los pacientes y el protocolo de urgencias.

6 Bibliografía

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

Protocolo de la unidad de urgencias de HGE ciudad de Jaén

Experiencias laborales del TCAE en servicios de urgencias.

Capítulo 242

CUIDADOS BÁSICOS DEL RECIÉN NACIDO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

ESTELA GARCIA MONTES

CARMEN DIAZ ROPERO

MARIANA VACARU

JAVIER BONILLA GOMEZ

IRENE CONEJO VALERO

1 Introducción

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el área de maternidad se encargan principalmente del bienestar de la madre y lo más importante, de los cuidados que se deben proporcionar a bebé que acaba de nacer.

En términos generales podemos resumir el trabajo que realizan los auxiliares con los bebés recién nacidos en unos cuantos puntos, aunque posteriormente habrá que detenernos en cada uno y detallar las diferentes funciones.

El cuidado integral del bebé lo podemos resumir en:

- Proporcionar los cuidados básicos al bebé, como puede ser la higiene, la alimentación cuando no es materna y el control de sus primeros días.

- Es muy importante la colaboración con enfermeras o pediatras cuando estos los requieran, ya sea para la realización de alguna prueba o para una simple exploración.

- Es muy importante ayudar a la madre en todo lo que precise.

En este tipo de servicios el auxiliar debe realizar su trabajo con seguridad y confianza, puesto que está manipulando a bebés y tiene que ser plenamente conocedor de cada protocolo y cada manera de actuar.

Los bebés son seres muy vulnerables, por lo tanto, es necesario conocer cada parámetro para poder realizar el trabajo de la manera más adecuada. Siendo conocedores de la cantidad de alimento que deben ingerir, control de un buen hábito de sueño, etc...

2 Objetivos

El objetivo principal del presente trabajo es detallar la labor tan importante que desarrollan los técnicos auxiliares de enfermería en relación con el bebé recién nacido.

Explicar de un modo general en qué consisten las funciones que realizan en la planta de maternidad y cómo hacerlo de una manera correcta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo hemos realizado varias consultas online en buscadores como Google o Google Scholar, de diferentes artículos o publicaciones relacionados con el tema a tratar.

También hemos consultado bases de datos como Medline o Pubmed empleando términos como cuidados neonatales, recién nacido.

4 Resultados

Como hemos visto anteriormente, cuando un bebe acaba de nacer y los días posteriores a su nacimiento, es el técnico en cuidados auxiliares de enfermería quien controla esos primeros cuidados que se le deben practicar. La higiene y la alimentación son los pilares fundamentales del cuidado del bebé en esos primeros días de vida. Pero también es cierto que hay que estar muy pendientes de otros factores que nos van a determinar que le niño o la niña lleva un desarrollo normal.

En esta ocasión nos vamos a centrar en los cuidados de higiene y alimentación que el auxiliar de enfermería debe llevar a cabo de una manera correcta.

La higiene:

La higiene del bebé ha de realizarse al menos pasadas 24/48 horas desde su nacimiento. Dentro del hospital será el técnico en cuidados auxiliares de enfermería quien realiza esa primera higiene, en presencia de la madre.

- Es muy importante utilizar jabones neutros que no dañen la piel del recién nacido.
- Hay que tener en cuenta que mientras que él bebe sea portador de la pinza del ombligo, ésta no debe sumergirse, se le pasara una gasa o esponja para mantenerlo limpio.
- La temperatura del agua deberá estar entre 36-37 grados.
- El baño no se ha de prolongar demasiado en el tiempo.
- Cuando el bebé ya esté aseado, se procederá a secarlos bien y a administrar una crema aceite para mantenerlo hidratado.
- En los primeros días en el hospital, las uñas no han de cortarse.
- Los ojos se limpiarán con una gasita y un poco de suero.
- Se le pondrá un pañal nuevo y se le vestirá.

En cuanto a la higiene es muy importante tener en cuenta que el auxiliar de enfermería dará las pautas a los padres para que una vez en casa lo realicen ellos de forma regular, con las medidas de temperatura correctas, intentando que el bebé adquiera unos hábitos y unas rutinas.

La alimentación:

En cuanto a la alimentación nos referimos nos encontramos dos posibilidades:

- La primera es que la madre decida dar a su hijo lactancia materna, por lo que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería solo tendrá que controlar que está cumpliendo con las tomas, así como ayudar a la mama si esta lo requiere en los primeros días.
- Si por el contrario el bebé, toma lactancia artificial o mixta, en este caso el auxiliar de enfermería será el encargado de la preparación de cada biberón, atendiendo a las necesidades que cada niño o niña pueda tener.

Tendrá que prepararlo y dárselo a la madre para que esta se lo pueda dar a su bebé.

Una vez realizada cada toma, tendrán que recoger los biberones y limpiarlos y desinfectarlos para volver a utilizarlos después.

Las tomas de alimentos en el hospital ya sea administradas por la madre como por los auxiliares de enfermería se realizan cada 3 horas.

Es muy importante que cualquier anomalía o síntoma fuera de lo normal en lo

que a la alimentación se refiere quede debidamente registrado y sea comunicado a la enfermera correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el área de maternidad tiene una gran responsabilidad, ya que prácticamente todo su trabajo se centra en la atención del bebé y sus primeros cuidados.

Desempeñan cierta labor de enseñanza, sobre todo cuando los padres son primerizos y desarrollan ese miedo inicial en la atención al recién nacido.

Los recién nacidos son tan frágiles y vulnerables que requieren unos cuidados específicos, que se deben llevar a cabo con mucho tacto y cariño.

Es muy importante que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería estén formados en cuanto al trato con el bebé se refiere, conocer los parámetros establecidos para los recién nacidos y sobre todo estar familiarizados con la situación.

6 Bibliografía

- El TCAE y el aseo del recién nacido: higiene y vestimenta - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
- El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de neonatología (revistasanitariadeinvestigacion.com)
- Atención al Recién Nacido y al Lactante | Enfermería (enfermería.top)
- Bases de datos Medline y Pubmed

Capítulo 243

LA INSUFICIENCIA CARDÍACA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

IRENE CONEJO VALERO

ESTELA GARCIA MONTES

JAVIER BONILLA GOMEZ

MARIANA VACARU

CARMEN DIAZ ROPERO

1 Introducción

Podemos definir insuficiencia cardiaca como aquella afección por la que el corazón se ve incapaz de bombear suficiente sangre para poder satisfacer las necesidades del cuerpo humano.

Esta enfermedad supone un porcentaje bastante elevado de los pacientes que mueren en el hospital. Ya que está demostrado que la insuficiencia cardiaca es la primera causa de hospitalización del paciente.

Esta patología puede venir causada por problemas genéticos, que estén directamente relacionados con el corazón, como pueden ser malformaciones o deterioro de los vasos sanguíneos o de las partes del propio órgano.

Y también puede venir dada esta afección por causas externas y que nada tienen que ver con el corazón, como puede ser el sobrepeso, el tabaquismo, el deterioro de la edad.

Una detección precoz de esta patología puede llegar a salvar la vida del paciente. Aunque es cierto que en el caso de problemas genéticos o malformaciones es muy difícil detectar donde está el problema si no ha habido un caso anterior en la familia o se presenta algún síntoma muy claro que permita realizar un estudio completo al enfermo.

Algo muy importante es la prevención. Todas las personas deberíamos tener en cuenta que hay hábitos de vida que no se deben tener y que el saber llevar una vida saludable evita múltiples problemas de salud, y no solo los relacionados con la insuficiencia cardiaca.

2 Objetivos

- Exponer en qué consiste la insuficiencia cardiaca y cómo se desarrolla.
- Explicar la relación sanitaria que existe entre el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y los pacientes que tienen la afección de la insuficiencia cardiaca, así como desarrollar las diferentes funciones que ha de llevar a cabo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, hemos realizado diferentes consultas online en buscadores como Google y Google Scholar, recurriendo a diferentes artículos o publicaciones de carácter sanitario relacionados con el tema a tratar. Además, hemos consultado bases de datos como Scielo o Medline para completar la información, empleando términos como insuficiencia cardiaca, fallo multi-orgánico, cardiología.

4 Resultados

Atendiendo a los diferentes artículos y publicaciones consultadas, hemos comprobado que el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería cobra una gran importancia dentro del servicio de cardiología.

En esta ocasión nos vamos a centrar únicamente en la insuficiencia cardiaca. Esta patología puede darse por diferentes causas, pero la principal es un fallo del músculo cardiaco, que va de forma progresiva perdiendo fuerza y se acaba dilatando. Llegando a un punto en el cual no es capaz de bombear la suficiente sangre al resto del cuerpo.

Normalmente, la insuficiencia cardiaca aparece cuando ha habido un deterioro de la capacidad del corazón a lo largo del tiempo. Suelen aparecer una serie de síntomas que, al principio puede parecer que no están relacionados con una enfermedad cardiaca.

El paciente que sufre de insuficiencia cardiaca suele presentar síntomas como dificultad para respirar, que puede confundirse con ansiedad; dolor del pecho, que en algunos casos suele ser progresivo, pero también es cierto que pueden experimentar un dolor intenso; pueden aparecer edemas por retención de líquidos y sudoración y náuseas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe conocer estos síntomas cuando está desempeñando su trabajo en el área de cardiología, ya que una actuación precoz por su parte puede evitar que el paciente llegue a perder la vida. Aparte de conocer cada síntoma en este servicio, el auxiliar de enfermería debe realizar las siguientes funciones:

- La higiene y el aseo completo de los pacientes que no pueden realizarlo y ayudar a los que pueden realizarlo solos.
- Es muy importante que el paciente que sufre de insuficiencia cardiaca y está hospitalizado, este en reposo, por lo que es necesaria que las movilizaciones estén todas ayudadas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Preparación y mantenimiento de la habitación.
- Administración de las dietas a los enfermos.
- Asistir a enfermos o doctores en los diferentes procedimientos que se vayan a realizar.

Por último, cabe destacar, que todos los pacientes con enfermedades cardiacas durante su estancia en el hospital han de estar monitorizados para controlar sus constantes vitales, y el auxiliar de enfermería debe conocer cada parámetro para evitar así problemas mayores.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería que desempeña su trabajo en el servicio de cardiología debe conocer perfectamente el funcionamiento del servicio, así como los diferentes parámetros que serán indicativos de que el paciente se encuentra bien.

Aunque la planta de hospitalización de cardiología no se encuentra dentro de los denominados servicios especiales, es cierto que en ella se manejan dispositivos muy específicos y parámetros muy concretos, que todo profesional sanitario que

desempeñe sus funciones en dicha área debe conocer para desempeñar su trabajo de una forma satisfactoria.

Para ello, es muy importante la formación en ciertos aspectos, para poder desempeñar de forma correcta su trabajo.

6 Bibliografía

- El Auxiliar de Enfermería en la especialidad de Cardiología - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com)
- Insuficiencia cardíaca: MedlinePlus enciclopedia médica
- Bases de datos Scielo y Med

Capítulo 244

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARIANA VACARU

JAVIER BONILLA GOMEZ

ESTELA GARCIA MONTES

IRENE CONEJO VALERO

CARMEN DIAZ ROPERO

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital es un servicio denominado específico, puesto que las funciones que desempeñan en él no son comunes a otras áreas del ámbito hospitalario.

En este servicio, el personal sanitario que desempeña su trabajo en él, están acostumbrados a hacerlo bajo una presión y unos niveles de estrés importantes.

En esta ocasión nos vamos a centrar en la figura del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, que tiene gran importancia dentro de esta unidad, debido a las múltiples funciones que realiza dentro de dicho servicio.

La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio donde el paciente que se encuentra ingresado en él, tiene un alto riesgo de poder perder la vida en cualquier

momento por su situación clínica. Debido a esto, el auxiliar de enfermería, como el resto de profesionales sanitarios deben estar formados para poder prestar sus servicios en esta unidad, asegurándole así, al enfermo una atención integral de calidad.

Hay que tener en cuenta que el paciente que necesita ser ingresado en la UCI, es porque por su situación clínica, precisa de una atención y un control de manera más específica, teniendo en cuenta una serie de factores y parámetros que serán indicativos de una posible mejora o empeoramiento del paciente y de este modo poder actuar con rapidez.

2 Objetivos

El objetivo principal de nuestro trabajo es destacar la importancia que tienen el desempeño de las funciones que tiene que realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en dicho servicio.

También comentaremos el alto nivel de estrés que sufren los profesionales sanitarios que desarrollan su trabajo en esta unidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo hemos realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica de diferentes artículos y publicaciones relacionadas con el tema a tratar en este capítulo.

Además, hemos realizado varias consultas en bases de datos como Medline y Scielo, empleando términos como unidad de cuidados intensivos, pacientes críticos, monitorización.

4 Resultados

Como hemos indicado anteriormente, la Unidad de Cuidados Intensivos, está preparada para prestar atención a aquellos pacientes que, por diferentes motivos, se encuentran en una situación crítica y necesitan de diferentes cuidados para poder mantener sus signos vitales.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es uno de los profesionales que más contacto mantienen con los pacientes. Puesto que estos enfermos, necesitan de una atención integral porque se encuentran en una situación de dependencia completa.

Las funciones que desempeñan los auxiliares de enfermería en dicha unidad son las siguientes:

- Una de las funciones principales y de mayor importancia es que son los encargados de mantener una asepsia del servicio y de los distintos materiales que se emplean en ella.
- Deben mantener el stock del material, asegurando así que, ante algún imprevisto o emergencia, se pueda solventar la situación de la mejor manera posible.
- Tienen que asistir a enfermería en aquellos procedimientos que se realicen.
- Mantener la unidad limpia y recogida.
- Asistir a los pacientes en función de la situación que presenten, así como de las necesidades que requieran.
- Cambiar aquel material fungible que sea desechable y haya que restablecer.

Los TCAE deben estar psicológicamente preparados para afrontar este tipo de situaciones, puesto que no solo tienen que realizar las funciones propias de su puesto de trabajo, sino que también, tienen que ser capaces de lidiar con la situación de que en cualquier momento un paciente puede sufrir una crisis. Esto significa que los niveles de estrés y la presión a la que están sometidos los auxiliares de enfermería son muy altos, debiendo salvar la situación de la mejor manera posible, mediante las herramientas de las que dispongan.

5 Discusión-Conclusión

Una de las cosas más importantes dentro de esta unidad es que tendremos que mantener al paciente en las mejores condiciones tanto ambientales como físicas para favorecer su recuperación, teniendo en cuenta que factores como la intensidad de la luz, la cantidad de ruido o la humedad, pueden llegar a interferir en el descanso del paciente, retardando así su recuperación.

Todo esto lo podríamos resumir en que es muy importante que mantengamos a los pacientes en las mejores condiciones posibles, puesto que todos los factores que les rodean pueden favorecer o entorpecer al paciente en su proceso de recuperación. Y es responsabilidad de cada uno de los profesionales sanitarios que desarrollan su trabajo en la UCI, el que estas condiciones se den y se mantengan.

6 Bibliografía

1. El TCAE en la unidad de Cuidados Intensivos - Ocronos - Editorial Científico-Técnica (revistamedica.com).
2. Funciones del TCAE en la unidad de cuidados intensivos

(revistasanitariadeinvestigacion.com).

3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.

4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 245

REALIZACIÓN DEL ELECTROCARDIOGRAMA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).

ANA ISABEL PRIETO GARCIA

MERCEDES OLLERO CHAMORRO

RAUL CALZADO PRIETO

MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN

NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO

1 Introducción

El electrocardiograma es una prueba complementaria para poder establecer un diagnóstico, que consiste en un registro gráfico de la actividad eléctrica del propio corazón. La realización de este tipo de pruebas nos dará a través de una gráfica una imagen del ritmo que mantiene el corazón, para que con esta información, el personal sanitario correspondiente pueda identificar posibles alteraciones o anomalías cardiacas. Ya en el siglo XIX se conoció que el corazón produce electricidad, por lo que se siguió avanzando, hasta que en 1911, se fabricó el primer electro, mucho más rustico y espartano que lo que conocemos hoy en día. A lo largo del tiempo se ha ido modificando, hasta llegar a los que tenemos hoy en día,

una herramienta fundamental y precisa para diagnosticar posibles alteraciones o anomalías cardíacas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, a día de hoy y en la mayoría de los servicios, es el encargado de realizar esta prueba a los pacientes, para posteriormente notificárselo a la enfermera o al médico.

Para poder llevar a cabo este procedimiento, el auxiliar de enfermería tiene que conocer de primera mano cómo se debe ejecutar, así como las indicaciones que se deben tener en cuenta para que la prueba sea válida.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la realización del electrocardiograma desde el punto de vista del TCAE.

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 técnica del electrocardiograma. Además, hemos consultado diferentes bases de datos como Scielo y Pubmed, para de este modo completar la información de nuestra publicación.

4 Resultados

La realización de la técnica del electrocardiograma es fundamental en los diferentes servicios hospitalarios, siendo aún más importante en el servicio de cardiología y en las urgencias hospitalarias. Con este tipo de pruebas, lo que el doctor pretende es determinar un diagnóstico para la persona enferma, y así completar las pruebas que necesite para un diagnóstico general. Actualmente, casi en todos los servicios y en condiciones normales, es el técnico en cuidados auxiliares de enfermería el encargado de llevarla a cabo. Para poder llevar a cabo este procedimiento, lo primero que debe hacer el auxiliar de enfermería es preparar todo el material imprescindible:

- El electrocardiograma completo, con pegatinas, electrodos y cables-
- Suero fisiológico
- Guantes, aunque no es necesario que sean estériles.
- Es necesario preparar una cuchilla para rasurar si fuera necesario.

Una vez tenga todo preparado ha de continuar con la explicación correspondiente al paciente del procedimiento que se le va a realizar. Los pasos a seguir para la realización de un correcto electro son los siguientes:

- Higiene de manos como antes de iniciar cualquier procedimiento.
- Encender el electro e introducir los datos del paciente, para que cuando salga el registro tenga identificado correctamente al paciente.
- Colocar al paciente en decúbito supino, dejando libre de ropa las muñecas, los tobillos y el tórax.
- Aplicar alcohol en las muñecas y tobillos para poder colocar las pinzas en ellos. Se colocará la pinza roja en la muñeca derecha, la amarilla en la muñeca izquierda y el verde en el tobillo izquierdo y el negro en el derecho.
- Colocar los diferentes electrodos en el pecho del paciente, si fuera necesario tendría que rasurar al paciente para que el electrodo se adhiera bien.
- Indicaremos al paciente que debe permanecer quieto y callado.
- Se procederá al registro de la actividad cardiaca y se le facilitará a la persona responsable para que nos dé el visto bueno.
- Cuando ya el registro este hecho, se retirara todo, se limpiara al paciente de forma correcta y se recogerá el electro, se limpiara y se dejara en su sitio.

5 Discusión-Conclusión

La técnica del electrocardiograma es una prueba rápida, sencilla e indolora para el paciente. Este procedimiento, al facultativo, le proporcionará datos de interés para que pueda establecer un diagnóstico determinado.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe estar perfectamente formado para poder llevar a cabo la técnica del electrocardiograma. Es necesario que el auxiliar de enfermería conozca al detalle, en que supuestos el electro puede salir mal, para que de este modo pueda interpretar el registro y valorar cuando está correcto. Como en todos los servicios especiales, el auxiliar de enfermería deba recibir formación continuada para poder enfrentar cada situación en cada zona del área hospitalaria donde esté desempeñando sus funciones.

6 Bibliografía

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

Capítulo 246

EL PACIENTE VEGANO Y SU RELACIÓN CON LAS DIETAS HOSPITALARIAS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).

NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO

MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN

MERCEDES OLLERO CHAMORRO

ANA ISABEL PRIETO GARCIA

RAUL CALZADO PRIETO

1 Introducción

Una dieta vegana es una forma de alimentación que se caracteriza por excluir todos los productos de origen animal, ya sean de manera directa o indirecta. Son dietas que actualmente sigue muchísima gente y en la mayoría de los casos los únicos motivos son éticos, ya que explican que están en contra de cualquier explotación del mundo animal.

Con el paso de los años hemos conocido multitud de teorías y estudios que sostenían, de una manera rotunda, que este tipo de dietas presentaban numerosos

beneficios, en la mayoría de los casos sin ninguna tesis lo suficientemente importante que avalase esta afirmación.

Con el presente trabajo no pretendemos devaluar ninguna dieta en concreto, pero queremos referirnos a este tema con toda la seriedad e importancia que requiere, deteniéndonos a explicar por qué quizá, aun a día de hoy, este tipo de dietas no se incluyen en las cocinas hospitalarias. Aunque es necesario dejar claro, que si un paciente está ingresado en un centro hospitalario y solicita una dieta en concreto, ya sea por cuestiones éticas o religiosas, siempre y cuando no atente contra su propia salud, se le podrá facilitar un menú adaptado a sus exigencias.

Una de las labores del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), en centros hospitalarios, es intentar acercar al paciente al menú diario y a la importancia de llevar una dieta equilibrada. El paciente ha de ser consciente de todos los beneficios y de los riesgos que conlleva seguir una dieta vegana, y ya con toda esa información decidir.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer una dieta vegana 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

Lo primero que queremos dejar claro, es que una buena y correcta dieta ha de ser variada, para de este modo conseguir todos los nutrientes que nuestro cuerpo y organismo necesita para funcionar.

Hoy en día existen multitud de alternativas que aseguran que ciertos nutrientes pueden ser sustituidos por otras sustancias que pretender aportar lo que el alimento prohibido nos aportaría. Lo que es cierto es que cuantas más restricciones

alimentarias nos pongamos, más difícil será que nuestro cuerpo obtenga todo lo que necesita.

Las dietas veganas se basan únicamente en alimentos de origen vegetal, como legumbres, frutas, frutos secos y semillas, y basan su teoría en que los aportes nutrientes que nos facilitan las carnes y los productos de origen animal, sustituirlas con otros productos, que en ningún caso nos aportaran los mismos nutrientes. En el ámbito hospitalario, aun a día de hoy no existe ninguna dieta de carácter vegano disponible para los pacientes. Pero lo que sí que es cierto, es que como técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en muchas ocasiones nos hemos tenido que enfrentar a situaciones de este tipo.

Es por este motivo, que los auxiliares de enfermería deben disponer de toda la información y herramientas necesarias, para que llegado el momento puedan, disuadir a un paciente si fuera necesario.

Las dietas en los hospitales, están pautadas por los médicos y nutricionistas, dependiendo de las necesidades que un paciente presente. En función del déficit que esta persona tenga y dependiendo del aporte energético y de nutrientes que necesite.

No debemos olvidar que este tipo de dietas, si no están perfectamente planificadas, pueden ser perjudiciales o conllevar algún tipo de riesgo, pero también es verdad que si están bien planificadas y el paciente no presenta ninguna contraindicación por cuestiones de salud, también existen multitud de beneficios que es justo mencionar:

- Los niveles de colesterol en sangre del paciente serán más bajos.
- La tensión arterial también estará más controlada.
- Es una dieta que bien controlada y gestionada puede beneficiar a aquellos pacientes diabéticos.
- Pueden ayudar a controlar el peso, bajando los índices de masa corporal.

5 Discusión-Conclusión

Está claro y demostrado científicamente que una dieta variada será la que nos proporcionara los nutrientes necesarios que nuestro organismo necesita para poder funcionar. La modificación del tipo de dieta debe ser algo debidamente justificado, con una correcta planificación y basada en un estudio real de cada paciente, para comprobar que va a ingerir todos los alimentos que cada uno necesita, para poder llevar un hábito de vida saludable.

Los técnicos auxiliares de enfermería, como parte de los profesionales sanitarios que desempeñan su trabajo en centros hospitalarios, deben conocer los diferentes

beneficios y riesgos que presentan los diferentes tipos de dietas. Intentaremos atender, sin duda, las necesidades que nos presentes los pacientes, siempre y cuando sea comunicado al médico o responsable, y este haya valorado que no existe ningún riesgo para su salud.

6 Bibliografía

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

Capítulo 247

AYUDA A DOMICILIO: EL TRABAJO QUE DESEMPEÑA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA SORAYA FERNANDEZ MARTIN

ANA ISABEL PRIETO GARCIA

RAUL CALZADO PRIETO

MERCEDES OLLERO CHAMORRO

NURIA MARÍA ALONSO CARRASCO

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede desempeñar su trabajo fuera de los centros sanitarios.

El auxiliar de enfermería que ofrece sus servicios de ayuda a domicilio, es un profesional que realiza su trabajo de asistencia integral y polivalente a personas mayores, enfermas o dependientes que necesitan supervisión y de una serie de cuidados especiales para poder seguir con su vida cotidiana.

Esta asistencia depende de los servicios sociales de cada municipio o localidad y pretenden con ello, que el paciente pueda seguir viviendo en su domicilio sin tener que ingresar en residencias u otros centros sanitarios, garantizándole una buena calidad de vida.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería que desarrollan su trabajo en este servicio, tendrá que atender necesidades de atención personal, como es el caso del aseo, de las movilizaciones y alimentación. Es cierto que aparte de estas funciones, dentro del servicio de ayuda a domicilio es necesario que también se encarguen del orden y la limpieza de la vivienda, ropas y comida. Por último y quizá una de las funciones más importantes es la de acompañar y dar apoyo emocional tanto a los usuarios como a las familias de los mismos.

Como hemos visto, el auxiliar de enfermería en ayuda a domicilio tiene gran cantidad de competencias lo que hace que tenga un papel de apoyo tanto para el paciente como para la familia. Todas estas actividades son igual de importantes y necesarias para que el paciente tenga una buena calidad de vida y se sienta cubierto en todas sus necesidades.

2 Objetivos

- Dar visibilidad a la asistencia domiciliaria por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las diferentes áreas.
- Detallar las diferentes funciones que ha de desempeñar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería durante la asistencia domiciliaria.

3 Metodología

Para elaborar el presente trabajo hemos realizado una serie de búsquedas online a través de buscadores como Google, de diferentes artículos o publicaciones de carácter sanitario que se refieran a la asistencia domiciliaria.

Hemos realizado consultas de bases de datos como Medline y Cuiden, empleando términos como asistencia domiciliaria, asistencia integral, dependencia.

4 Resultados

El trabajo que desempeña un auxiliar de ayuda a domicilio es complejo, en muchas ocasiones tenemos tendencia a confundirlo con el que realizan las empleadas de hogar.

En el año 2006 se aprobó la famosa ley de la Dependencia, por lo que se estableció este servicio en toda España. Siendo competencia directa de los diferentes ayuntamientos.

Con esta ley, el auxiliar de enfermería que presta sus servicios a través de la ayuda a domicilio, ha pasado a constituir una figura imprescindible en la sociedad.

Las diferentes funciones que ha de desempeñar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en el servicio de ayuda a domicilio son las siguientes:

- Aseo e higiene del paciente o usuario.
- Movilizaciones, cambios posturales y traslados.
- Control de la ingesta de líquidos y de una correcta alimentación.
- Control de la medicación, para asegurarnos que el paciente sigue todos los tratamientos.
- Acompañamiento.
- Ayuda en la realización de actividades, ya sean de ocio o dentro del hogar.
- Mantenimiento del orden y de la limpieza del domicilio.

El auxiliar de enfermería debe tener un control bastante constante sobre los diferentes usuarios y en el caso de que se dé alguna variación de la situación, debe comunicarlo al responsable de zona para que quede constancia.

En el servicio de ayuda a domicilio, el auxiliar de enfermería no solo realizara tareas de asistencia, sino que proporcionara apoyo social y emocional, tanto al paciente o usuario como a los familiares, con los que compartirá inquietudes y problemas, que sean comunes a la persona que se le presta la atención.

Como personal sanitario es muy importante que los auxiliares de enfermería desempeñen sus funciones de manera profesional, aunque no se desarrollen dentro de un centro hospitalario.

Al fin y al cabo, estamos tratando con personas que por su situación son más vulnerables y dependientes de nosotros.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería que desempeña su trabajo en el servicio de ayuda a domicilio, tiene un papel muy importante para el propio paciente, ya que se crea un vínculo muy especial, porque el técnico en cuidados auxiliares de enfermería pasa a formar parte importante de la vida de la persona a la que cuidan. Por ello es importante que entre auxiliar y paciente se cree un buen ambiente, en condiciones de confianza y tranquilidad, pero sin olvidar que es nuestro puesto de trabajo y hay que desempeñarlo con total profesionalidad y respeto hacia la persona que estamos cuidando y por supuesto con su familia.

6 Bibliografía

- ▷ Geriatria. Asistencia sanitaria en domicilios - Ocronos - Editorial Científico-Técnica
(revistamedica.com)
- Bases de datos Medline y Cuiden,

Capítulo 248

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA (TCAE) Y LA LABOR QUE DESEMPEÑA CON PACIENTES QUE SUFREN ALZHEIMER.

MANUELA SUSANA ALVAREZ ALVAREZ

MONICA RODRIGUEZ FERNANDEZ

JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO

ANA LOPEZ PEREZ

AMAYA CABRERA RUIZ

1 Introducción

La enfermedad de alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa que viene provocada por un proceso de neurodegeneración. Esta enfermedad se caracteriza principalmente por una pérdida de la memoria inmediata y también otras capacidades mentales a la vez que van muriendo las células nerviosas y se van atrofiando varias zonas del cerebro. Desde su diagnóstico, esta enfermedad suele tener una duración aproximada de 10 años, aunque esto puede variar en función de cada persona.

Esta enfermedad no tiene cura y termina provocando la muerte de la persona que la sufre. Por lo general, esta enfermedad suele manifestarse en personas que

tienen más de 60 años. Puede haber algún caso raro en personas que tienen poco más de 40 años.

Hoy en día, no está muy claro del todo que es lo que causa esta enfermedad, aunque hay científicos que lo vinculan a una alteración genética relacionada con el cromosoma 21. Esta enfermedad es de tipo degenerativa y se van perdiendo de forma progresiva neuronas cerebrales que se encargan de controlar el pensamiento, la memoria, el lenguaje y que alteran la capacidad que tiene una persona de poder actuar independiente. Para saber que una persona está padeciendo esta enfermedad, hay que tener en cuenta diferentes signos como pueden ser la pérdida de memoria, cambios bruscos en la personalidad de la persona que lo sufre, un deterioro significativo de la capacidad de movimiento, desorientación, falta de atención, entre muchas otras.

Esta demencia causa un impacto tan fuerte debido a que es una enfermedad que causa daños irreversibles y que a día de hoy no hay un tratamiento para ella.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en pacientes que sufren Alzheimer.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Alzheimer, como hemos mencionado anteriormente, es una enfermedad de lenta progresión, habitualmente se inicia con fallos de memoria reciente y termina con un paciente dependiente. Su incidencia aumenta con la edad y es más frecuente en la mujer que en el hombre. Esta demencia consta de tres etapas:

- Etapa Inicial: destacan fallas de memoria, la más común, la episódica reciente, y los conflictos. Esta etapa se puede confundir con el envejecimiento normal de

la persona.

- Etapa Moderada: aparece la afasia, apraxias y elementos del síndrome de Gerstmann. Su comprensión y lenguaje pueden fallar. En esta es cuando se produce el diagnóstico de la demencia y puede producir ansiedad y/o depresión al paciente, aparte de fases de cambios de humor.

El síndrome de Gerstmann es un trastorno neurológico que se puede definir como una enfermedad neurológica rara de posible causa vascular que afecta al lóbulo parietal.

- Etapa Severa: dependencia total, cuidado del paciente y saber como actuar ante complicaciones. Aquí es donde el TCAE realiza su función de cuidados básicos como el aseo.

El papel del TCAE es muy importante en cualquiera de estas fases, ya que teniendo los conocimientos necesarios, puede dar al paciente los cuidados necesarios. Al llegar a su última fase predominan los cuidados básicos como el aseo, alimentación, dieta y trato con afecto para crearle una sensación de bienestar. También una de sus funciones, es dar apoyo no solo al paciente, sino también a la familia, ya que esta enfermedad puede predominar durante años en el paciente y en la mayoría de ocasiones supone una carga emocional muy fuerte. Para ello, pueden dar apoyo emocional y aconsejar a la familia sobre como actuar.

5 Discusión-Conclusión

Ningún tratamiento puede detener la enfermedad del Alzheimer (EA). Sin embargo, algunos fármacos pueden ayudar a impedir por un tiempo limitado que los síntomas empeoren. En el abordaje de la EA desde de un punto de vista asistencial, el papel del TCAE cobra importancia, ya que no sabemos sus causas ni cómo prevenirlo, pero sí cómo hacer que las personas que sufren EA puedan tener una vida lo más saludable posible y todas las comodidades necesarias para que su día a día sea más fácil, y su deterioro físico y mental lo más lento posible. Intervenir en la prevención del avance/deterioro cognitivo de la enfermedad también sería tarea del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

La atención a pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) requiere un abordaje multidisciplinar e interdisciplinar, en el que participarán tanto profesionales como familiares de los pacientes. También ha de ser una atención integrada que garantice un tratamiento individualizado, es decir, según cada caso, por las particularidades de cada paciente (y fase de la enfermedad).

6 Bibliografía

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

Capítulo 249

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE DEPRESIVO.

JESICA FERNÁNDEZ QUEIPO

AMAYA CABRERA RUIZ

1 Introducción

La depresión es un trastorno mental que afecta, según la organización mundial de las naciones unidas (ONU) a millones de personas de todo el mundo y se calcula que 1 de cada 4 sufrirá un problema de este tipo a lo largo de su vida.

En una encuesta aportada por Statista Global Consumer Survey de 8194 personas encuestadas online, de febrero de 2020 a marzo de 2021 y en edades comprendidas de 18 a 64 años. Situaríamos a Suecia como el país que encabeza la lista con un 46 % de afectados, seguido de España en un octavo lugar con un 27 % y finalizando la lista en un décimo puesto China con un 22 %.

Con estos datos podemos hacernos una composición de lo importante que es esta patología en la sociedad moderna y estresada en la que vivimos. El gasto de medicación que supone para los enfermos la gran mayoría crónicos y todas las enfermedades que lleva asociada esta patología como pueden ser enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y enfermedad de Alzheimer, en el caso de España siendo la mayor parte sufragada por el estado.

El trastorno depresivo cursa con tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de

cansancio o falta de concentración. El distanciamiento social que se ha producido debido al confinamiento hace que todo sea más complejo.

Las causas de la depresión podrían derivar de una combinación genética, bioquímicos y psicológicos. La depresión puede ser recurrente (un episodio depresivo con una duración mínima de dos semanas y separado entre un episodio y otro de 2 meses), y crónica (de duración superior a 2 años).

De igual modo, afecta de diferente manera a hombres que a mujeres, siendo en estos últimos más frecuentes la patología debido a factores biológicos y hormonales. También las personas mayores, al igual que los niños y adolescentes. Psiquiátricamente hablando hay varios tipos de depresión:

- Trastorno depresivo mayor: concentra la mayoría de los síntomas.
- Distimia: fluctuaciones del estado de ánimo.
- Trastorno ansioso depresivo: mezcla de ambos estados.
- Trastorno afectivo estacional: coincide con cambios estacionales.
- Trastorno bipolar: episodios depresivos graves alternados con otros de exaltación.
- Ciclotimia: cambios frecuentes de estado de ánimo.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica consiste en dar a conocer la depresión en un paciente desde el punto de vista del TCAE.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, una de sus funciones principales podemos decir que es poder brindar el mayor bienestar posible al paciente, ya

sea físico como psíquico. También le corresponde proporcionarle la ayuda necesaria en aquellos casos en la que sus capacidades se vean afectadas y no puedan desempeñar diversas funciones por sí solos.

En cuanto al bienestar psíquico, el TCAE debería tener que hacer lo siguiente:

- Tratar de individualizar los problemas que surjan.
- Proporcionar un correcto soporte emocional.
- Procurar evitar el aislamiento.
- Centrarse en objetivos específicos.
- Reiterar en todo momento la importancia que tiene el no dejar de tomar la medicación, aunque se tenga mejoría de salud.
- Fomentar los momentos de ocio.
- No presionar nunca a este tipo de pacientes. No podemos contestar nunca en su lugar, es decir, dejarle tiempo para que ellos respondan.
- Brindarle la orientación oportuna que es debida.
- Valorar en todos los casos el riesgo auto lítico.
- No abrumarlos en ningún momento.

Aparte de todo lo mencionado anteriormente, también es muy importante la prevención. Los programas que existen a día de hoy, ayudan a reducir la depresión en un alto porcentaje. Una de las formas que ayudan a prevenir la depresión es la realización de programas escolares que con ellos se consigue promover una forma de pensamiento positivo entre los niños y los adolescentes. Por otra parte, existen programas que van dirigidos a los padres de los niños que sufren algún problema de conducta y que también ayudan a reducir los síntomas depresivos de los padres y también ayudar a mejorar los resultados de sus hijos. El TCAE puede suponer un elemento clave de apoyo hacia las personas que sufren depresión, ya que al ser un elemento ajeno a su familia, pueden tener más soltura para contarles sus problemas sin que reciban un juicio moral como recibirían si fuesen su familia.

5 Discusión-Conclusión

Después de haber leído y analizado varios artículos, se ha podido sacar en conclusión que con la prevención y con la identificación temprana de los síntomas de la depresión, se puede mejorar en un alto porcentaje la salud del paciente que la sufre. También es muy importante saber cuál es el tratamiento y las técnicas adecuadas para poder mejorar la calidad de vida en las personas que sufren depresión y con ello reducir sus riesgos.

El TCAE juega un papel muy importante en el trato diario con los pacientes que sufren depresión. Se trata de que sus labores sirvan de unión entre todos los tratamientos y cuidados psiquiátricos que el centro proporciona y los pacientes, haciéndoles así en el personal amigo y accesible para el paciente depresivo. Aparte de todo lo anteriormente mencionado, también hay que destacar que es muy importante que entre el técnico auxiliar de enfermería y la familia del paciente ha de haber una buena relación y una buena comunicación para poder obtener los datos máximos posibles del paciente y brindarle una buena atención.

6 Bibliografía

1. www.enferpro.es.
2. www.scielo.org.es.
3. <https://medlineplus.gov/spanish>.

Capítulo 250

EL PROFESIONAL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE URGENCIAS ANTE UN PACIENTE INTOXICADO

AMAYA CABRERA RUIZ

1 Introducción

En este capítulo de libro, vamos a hablar sobre el personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de urgencias ante una intoxicación. Por lo cual, a modo de introducción explicaremos que es el servicio de urgencias. Para comenzar diremos que el servicio de Urgencias de un hospital es el área donde se le ofrece al paciente un servicio de atención inmediata. La OMS (organización mundial para la salud), define urgencia como una aparición fortuita, en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o su familia. Se puede acudir sin cita en cualquier momento del día o de la noche, diferenciándolo así de una consulta médica habitual. Como hay diferentes tipos de urgencias y pueden acudir muchas personas al mismo tiempo, se realiza lo que se conoce como triaje para determinar el grado de gravedad de los síntomas de los pacientes que acuden.

Los técnicos en cuidados auxiliares en Enfermería tienen que estar capacitados

para saber identificar los cuadros clínicos de las intoxicaciones de distintos tóxicos de los pacientes, así como conocer los protocolos establecidos a seguir.

Vamos a definir tóxico como cualquier sustancia química, natural o artificial, que produce un efecto dañino sobre los seres vivos al entrar en contacto con ellos. La intoxicación viene cuando un ser vivo se encuentra bajo los efectos perjudiciales de un tóxico.

La gravedad de la intoxicación depende de la toxicidad del producto, de la vía de entrada, la dosis ingerida, y de la víctima en cuanto a edad, estado nutricional, sexo, etc.

2 Objetivos

El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice cómo influyen las funciones del TCAE en el servicio de urgencias ante pacientes con una intoxicación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando una persona sufre una intoxicación, lo primero que hace es ir a urgencias. Una vez en urgencias el médico que le atiende le someterá a un examen clínico para valorar su situación y en el caso de que lo vea necesario, le aplicará un antídoto o un tratamiento para desintoxicarle.

Se tendrá que comprobar las vías aéreas para comprobar que estén despejadas. Si se observa que disminuye la ventilación o la oxigenación en el paciente, habría que administrar oxígeno y si esto no conseguimos estabilizarlo se procedería a la ventilación mecánica.

Cuando una persona sufre una intoxicación suele tener hipotensión arterial. Cuando esto ocurre hay que poner al paciente en posición Trendelenburg y

canalizarle dos vías periféricas y administrarle una infusión de cristaloides.

Es necesario realizar una valoración neurológica, ya que nos podemos encontrar dos situaciones como es el coma y las convulsiones. En cuanto al coma es necesario descartar si se trata de una hipoglucemia. En el caso de las convulsiones, se tratarían administrando diazepam de manera intravenosa.

También se realizará una valoración metabólica para valorar si hay una hipertermia o hipotermia. Es necesario realizar una extracción de sangre del paciente y un análisis de orina para obtener información del tóxico.

Siempre que el paciente se encuentra consciente se le preguntará por el tipo de sustancia tóxica que ha ingerido y cuanto tiempo han tardado en manifestarse los síntomas.

Para disminuir la absorción del tóxico es necesario tomar una serie de medidas:

Vía cutánea: quitar la ropa y lavar con agua y jabón.

Vía inhalatoria: se administrará oxígeno.

Vía digestiva: realizar aspiración gástrica, lavado gástrico y carbón activado.

Antídotos: son los medicamentos que hacen que disminuyan o desaparezcan los síntomas de la intoxicación.

5 Discusión-Conclusión

En cualquier servicio de urgencias es muy habitual casi a diario atender a pacientes que han sufrido una intoxicación debido a que han ingerido una sustancia tóxica, que en algunos casos se ha producido de forma involuntaria pero en muchos otros casos ha sido de forma intencionada.

El papel del tcae en un servicio de urgencias ante un paciente que ha sufrido una intoxicación es muy importante, ya que tiene que colaborar con el médico o enfermero en todo lo que le pida y en estos casos hay que actuar rápidamente.

El tcae tiene que tener los conocimientos necesarios para poder actuar ante una intoxicación de la mejor manera y soltura posible.

Sería muy importante que se elaboren unos programas de prevención y educación en cuanto a las intoxicaciones con el objetivo de poder minimizarlas.

6 Bibliografía

Intoxicación aguda tras ingesta de medicamentos: tratamiento inicial. 2010. RevPrescrire, 30(319): 356-364.

Capítulo 251

EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL ABORDAJE DE PACIENTES EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA.

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA

CANDIDA TRUJILLO CORONEL

MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO

MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO

RAQUEL DE LA CABALLERÍA VIVAR

1 Introducción

Las unidades de psiquiatría en el entorno hospitalario desempeñan un papel esencial al proporcionar atención especializada a pacientes con trastornos de salud mental que requieren tratamiento hospitalario. Estas unidades se centran en cuatro funciones principales.

En primer lugar, ofrecen apoyo integral a pacientes con trastornos psicológicos. Esto incluye evaluación, diagnóstico y tratamiento personalizado que abarca terapias individuales y grupales, así como terapia farmacológica. Además de la atención directa a los pacientes, estas unidades ofrecen consulta psiquiátrica de interconsulta para otros servicios médicos dentro del hospital, garantizando que los pacientes con comorbilidades psiquiátricas reciban la atención adecuada.

Las unidades de psiquiatría también están preparadas para abordar casos de urgencia en salud mental. Responden de manera inmediata y efectiva a crisis psiquiátricas y emocionales, asegurando la seguridad del paciente y su entorno. Por último, estas unidades contribuyen a la docencia e investigación en el campo de la psiquiatría. Participan en la formación de profesionales de la salud mental y colaboran en proyectos de investigación para mejorar la comprensión y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos.

En términos de infraestructura, su ubicación estratégica en pisos bajos minimiza riesgos y facilita la logística. Cuentan con un servicio de internamiento psiquiátrico que incluye áreas específicas para diferentes aspectos de la atención, un servicio de urgencia especializado y un equipo multidisciplinario que incluye psiquiatras, psicólogos, enfermeros diplomados, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las actuaciones que llevan a cabo los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes en las unidades de psiquiatría.

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", "psiquiatría" y "cuidados" para guiar el proceso de búsqueda y análisis.

4 Resultados

Dentro de las unidades de psiquiatría, el personal de auxiliares de enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado y la atención de los pacientes. Su trabajo abarca una serie de responsabilidades que son esenciales para el funcionamiento de estas unidades y para el bienestar de los individuos que requieren atención psiquiátrica.

Uno de los aspectos más destacados es la coordinación de las rutinas diarias. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería se encargan de abrir las persianas de las habitaciones de acuerdo con las indicaciones médicas. Esta tarea puede parecer sencilla, pero en el contexto de la psiquiatría, establecer una estructura horaria es crucial para ofrecer a los pacientes una sensación de seguridad y previsibilidad en un entorno que a menudo puede ser desafiante. Además, estos profesionales desempeñan un papel esencial en la gestión de la ropa en la unidad de psiquiatría. Esto implica la organización y reemplazo de los carros de ropa limpia y sucia, asegurando que los pacientes tengan acceso a un conjunto completo de ropa de cambio, incluyendo toallas, pijamas, artículos de higiene personal, como esponjas jabonosas, cepillos, zapatillas, cremas corporales, gel y champú. El cuidado y la provisión de estos elementos son esenciales para garantizar la higiene y comodidad de los pacientes.

La higiene y el mantenimiento de las habitaciones son otras áreas de responsabilidad. Los auxiliares de enfermería cambian las sábanas de las camas de los pacientes y supervisan el aseo de aquellos que pueden hacerlo de manera independiente. Además, ofrecen asistencia en el aseo a pacientes dependientes o que presentan dificultades de movilidad debido a sus condiciones médicas. Aparte de estas tareas, se encargan de la recogida de la ropa sucia de las habitaciones y su disposición adecuada en carros destinados a la lencería. Estos pasos son fundamentales para mantener un entorno limpio y saludable en la unidad de psiquiatría.

5 Discusión-Conclusión

En las unidades de psiquiatría, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un rol esencial al contribuir significativamente al bienestar de los pacientes. Su participación se extiende desde la coordinación de rutinas diarias y la gestión de la indumentaria hasta el mantenimiento de la higiene y la supervisión del entorno. Destacando su papel, los TCAE ofrecen una estructura horaria crucial para pacientes que a menudo buscan previsibilidad en un entorno desafiante. Además, garantizan la higiene personal y comodidad al proveer elementos esenciales y asistencia en el aseo. La recogida y gestión de la ropa y la supervisión constante del espacio son tareas vitales para mantener un entorno limpio y seguro.

6 Bibliografía

1. Asociación Española de Enfermería en Salud Mental (AEESME). (2017). Guía de buenas prácticas para la Enfermería en Salud Mental. Disponible en: <https://www.aeesme.org/documentos/guia-buenas-practicas-enfermeria-salud-mental.pdf>.
2. Ruiz-Rubíes, R., Mármol, R. I., & Pozuelo, A. C. (2020). Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería: Perfil, Funciones y Aportaciones en Salud Mental. *Revista De Enfermería*, 13(12), 24-34.

Capítulo 252

EL ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA

MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO

CANDIDA TRUJILLO CORONEL

MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO

RAQUEL DE LA CABALLERÍA VIVAR

1 Introducción

La hemodiálisis constituye un procedimiento terapéutico empleado en la gestión de pacientes afectados por insuficiencia renal crónica. Su propósito principal radica en la depuración de sustancias urémicas acumuladas en el sistema renal. No obstante, es importante destacar que esta técnica no resuelve la etiología subyacente de la insuficiencia renal, sino que se enfoca en mitigar sus efectos, mejorando la calidad de vida y prolongando la supervivencia de los pacientes.

El proceso de hemodiálisis implica la extracción de sangre del paciente mediante un sistema de bombeo, la conducción de esta sangre hacia un filtro denominado dializador o riñón artificial y posteriormente la reintroducción al sistema circulatorio del paciente, previamente depurada de productos metabólicos y toxinas. En esencia, el riñón artificial emula la función renal al realizar un proceso de

filtración de la sangre, controlando la velocidad del flujo sanguíneo a través del dializador y regulando la presión arterial de manera óptima.

Además de la eliminación de productos tóxicos, la hemodiálisis contribuye al equilibrio de los electrolitos, como el calcio, sodio y potasio, en el organismo, lo cual es esencial para el mantenimiento del equilibrio homeostático. Dado que la función renal es crucial para la salud global, la omisión de la hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica podría desencadenar complicaciones graves para su bienestar.

En el contexto de la unidad de hemodiálisis, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña una función esencial al colaborar con el equipo de atención médica en la prestación de cuidados a los pacientes que requieren este procedimiento terapéutico.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en el área de diálisis.

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" y "hemodiálisis" para guiar el proceso de búsqueda y análisis.

4 Resultados

Dentro del contexto de la unidad de hemodiálisis, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería asumen una función esencial al mantener las condiciones óptimas tanto en el entorno del paciente como en la sala en la que se realiza el procedimiento. Su labor se extiende a la preparación de todo el material de diálisis necesario para cada paciente, lo que implica prestar una atención meticulosa a las necesidades individuales de cada caso, como alergias y el método específico de tratamiento a través de catéter o fístula. Además, los TCAE se aseguran

de que todos los insumos fungibles esenciales, como paños estériles, agujas y jeringuillas para análisis, estén disponibles y en perfectas condiciones.

Los TCAE también desempeñan un papel esencial al proporcionar los cuidados básicos requeridos por los pacientes a lo largo de su tratamiento en la unidad de hemodiálisis. Sus tareas abarcan desde la preparación del paciente antes de la sesión de hemodiálisis, velando por su comodidad y garantizando que tengan acceso a todas sus necesidades esenciales, hasta la colaboración en la instalación del paciente y su posterior desconexión al concluir el tratamiento. Asimismo, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) llevan a cabo un monitoreo constante de las constantes vitales del paciente a lo largo de todo el procedimiento de hemodiálisis. Esto implica la vigilancia continua de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria, con una sensibilidad especial para detectar cualquier cambio significativo en estos indicadores vitales. Además, los TCAE realizan mediciones del peso del paciente antes y después de la sesión de hemodiálisis para evaluar el equilibrio hídrico del paciente. También mantienen un registro detallado y continuo de la ingesta y la excreción de líquidos del paciente, todo ello bajo la supervisión y dirección del personal de enfermería, contribuyendo así a un monitoreo integral de la condición del paciente durante el proceso de hemodiálisis.

El papel del TCAE en la unidad de hemodiálisis se extiende al cuidado del acceso vascular, un aspecto crítico para el éxito de la terapia de hemodiálisis. Además, ofrecen un apoyo emocional a los pacientes durante todo el procedimiento, manteniendo una comunicación empática para garantizar su bienestar emocional y psicológico en un entorno médico a menudo estresante. Por último, contribuyen al mantenimiento general de la unidad de hemodiálisis, asegurándose de que el área esté limpia y de que los equipos y materiales utilizados funcionen de manera adecuada.

5 Discusión-Conclusión

En la unidad de hemodiálisis, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería emerge como un pilar fundamental en la atención integral de los pacientes con insuficiencia renal crónica. Su labor abarca desde la preparación de materiales y la garantía de condiciones higiénicas óptimas hasta el apoyo en la instalación y desconexión del paciente. Los TCAE registran y vigilan constantemente las señales vitales, monitorean el balance hídrico y mantienen un seguimiento meticuloso de la ingesta y excreción de líquidos, aportando datos críticos para la toma de deci-

siones médicas. Además, su apoyo emocional es invaluable, brindando consuelo a pacientes en un entorno a menudo estresante.

6 Bibliografía

1. Bosch, X., Poch, E., Grau, J.M & Bordalba, J.R (2007). Impacto de la hemodiálisis de alto flujo en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Nefrología*, 27(5), 597-604.
2. Cerdá, J., Cerdá, M. & Kilou, M.C (2017). Manejo de pacientes con insuficiencia renal aguda durante la terapia de reemplazo renal extracorpórea. *Purificación de sangre*, 44(4), 238-247.

Capítulo 253

EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA Y EL PAPEL ESENCIAL DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ REINA

RAQUEL DE LA CABALLERÍA VIVAR

MANUEL JESÚS ZAMUDIO NAVARRO

CANDIDA TRUJILLO CORONEL

MARIA ISABEL FERNANDEZ MOHEDANO

1 Introducción

En el ámbito de la neonatología, se atienden neonatos prematuros o aquejados de patologías neonatales que demandan una atención especializada. Este contexto hospitalario se especializa en el tratamiento de bebés con un peso insuficiente al nacer y diversas condiciones clínicas. Un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud opera en esta unidad para abordar las necesidades específicas de estos neonatos.

Los neonatos ingresados en la unidad de neonatología pueden requerir cuidados especializados, observación constante o atención intermedia, según la indicación médica. Los profesionales de la salud en este ámbito se dedican a ofrecer cuidados

diarios a los neonatos y, además, involucran a los progenitores en el proceso de atención mientras sus hijos permanecen en la unidad. Esta inclusión de los padres en el cuidado busca prepararlos para proporcionar cuidados adecuados una vez que se les dé el alta médica, promoviendo así la recuperación integral del neonato en el entorno domiciliario.

En esta unidad, se implementan diversas estrategias para apoyar a los progenitores durante esta vivencia, incluyendo la promoción del contacto piel con piel y facilitando la presencia de los padres en la unidad a cualquier hora del día, en un entorno sereno destinado a favorecer el descanso del neonato y contribuir a su óptima recuperación.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las actuaciones llevadas a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con los pacientes en el servicio de neonatología.

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", "neonatos" y "cuidados" para guiar el proceso de búsqueda y análisis.

4 Resultados

La contribución del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el servicio de neonatología son fundamentales, se involucra en tareas básicas, como la alimentación, higiene y cambios de pañales de los neonatos. Además, se encarga de mantener un entorno higiénico y seguro para el desarrollo de los neonatos, lo que es esencial en la prevención de infecciones y la promoción del bienestar.

En cuanto a la monitorización de los neonatos, el TCAE colabora en la toma de constantes vitales, incluyendo la medición de la temperatura, la frecuencia respiratoria y cardíaca. También registra datos como la ingesta de alimentos, la

excreción y el peso, proporcionando información valiosa para el seguimiento y la toma de decisiones clínicas.

La gestión de la información médica es otro aspecto fundamental. El TCAE mantiene las historias clínicas de los neonatos actualizadas, lo que facilita un tratamiento más efectivo y una recuperación más rápida. Esta función tiene un impacto significativo en la calidad de la atención y la coordinación entre los miembros del equipo de salud.

La administración de medicamentos y tratamientos prescritos cae en la responsabilidad del TCAE, siempre bajo supervisión de personal especializado. Esta tarea implica la garantía de que el neonato reciba los cuidados necesarios de manera precisa y oportuna.

Durante procedimientos médicos, como la inserción de sondas, extracciones de muestras o venopunciones, el TCAE presta asistencia al personal de enfermería y médicos. Su participación es fundamental para garantizar la seguridad y comodidad del neonato durante estas intervenciones. La gestión del equipo médico y la preparación de material esterilizado son responsabilidades adicionales del TCAE. Mantener el equipo en óptimas condiciones es esencial para la eficiencia de los procedimientos médicos y la seguridad de los neonatos.

Finalmente, el TCAE actúa como un enlace esencial entre el equipo médico y las familias de los neonatos. Facilita la comunicación, asegurando que los padres comprendan el proceso de atención y la evolución de su hijo. Ofrece apoyo emocional en momentos críticos, contribuyendo al bienestar psicológico de las familias durante su estancia en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

El papel de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de neonatología es de suma importancia. Su labor abarca desde cuidados básicos hasta la colaboración en procedimientos médicos y la asistencia a los padres de los neonatos. Este análisis destaca que los TCAE son un eslabón esencial en la cadena de atención de neonatos prematuros y aquellos con condiciones médicas complejas. Su contribución en la higiene, monitorización, manejo de información médica, administración de tratamientos y apoyo emocional a las familias mejora la calidad de atención y el bienestar de los neonatos. La atención integral y la coordinación interdisciplinaria son fundamentales en neonatología, y los TCAE juegan un rol clave en garantizar el éxito de estos aspectos cruciales.

6 Bibliografia

1. American Association of Colleges of Nursing. (2021). Competencies and Curricular Expectations for Clinical Nurse Leader Education and Practice.
2. Hall, J. E., & Long, E. R. (2021). Neonatal Intensive Care Nursing. En M. L. Goolsby & B. K. Grubbs (Eds.), *Advanced Nursing Practice* (2nd ed., pp. 455-469).

Capítulo 254

PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA INFERIOR O DÉJERINE-KLUMPKE: TRATAMIENTO INTEGRAL DE FISIOTERAPIA

CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

MARIO GARCÍA MARTÍN

LAURA DE PABLO MARTÍNEZ

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

1 Introducción

La parálisis braquial obstétrica (PBO) fue definida por Duchenne de Boulogne. Se trata de una lesión, habitualmente traumática, por distensión/tracción del plexo braquial durante el parto, que desencadena parálisis parcial o total del miembro superior del recién nacido. Afecta a 1 de cada 3000 nacidos vivos (otros autores 0,4-1,6 cada 1000 nacidos vivos).

Generalmente es unilateral, siendo el miembro superior derecho el más afectado. La causa de la PBO se produce durante el parto, donde hay un ensanchamiento forzado entre la cabeza y el hombro del bebé:

– Al flexionar y lateralizar la cabeza y el cuello, cuando el hombro se encuentra detenido por detrás de la sínfisis púbica de la madre (en la presentación cefálica).

– Al hacer tracción hacia un lado del tronco y el cuello del niño, mientras la cabeza queda fija detrás del estrecho óseo (en la presentación pelviana).

Entre los factores predisponentes para que un recién nacido presente PBO se encuentran: exceso de volumen del feto, distocia de hombros, presentación pelviana, parto instrumentado o prolongado, contractura de los músculos pélvicos maternos, relajación de los músculos del feto debido a la anestesia profunda y diabetes materna.

La PBO inferior o Déjerine- Klumpke es muy poco frecuente, en donde se produce una avulsión de las raíces nerviosas de C8 y T1. En cuanto a la actividad muscular:

-La musculatura del hombro se encuentra preservada.

-El antebrazo adquiere una posición en supinación.

-La muñeca presenta una parálisis de extensores, y sobre todo de los flexores.

-Los dedos presentan parálisis de la musculatura intrínseca.

El reflejo de Moro no se encuentra alterado, excepto en la respuesta de la mano, que se encuentra abolida. El reflejo de prensión palmar es negativo.

Finalmente, si hay avulsión de T1, se observa el síndrome de Claude Bernard Horner, con miosis, ptosis palpebral, enoftalmos y anhidrosis. Es un síndrome simpático indicativo de gravedad.

2 Objetivos

Determinar el tratamiento de fisioterapia en la PBO inferior 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

Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos: PEDro, Medline, Scielo y Cochrane library.

Se han utilizado las siguientes palabras clave para la realización de búsqueda: parálisis braquial, obstétrica, fisioterapia, Déjerine-Klumpke, rehabilitación, tratamiento.

Se acotaron los estudios dentro del periodo de 2014 a 2023, tanto en inglés como en español.

• CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

-Pacientes pediátricos de 0 a 10 años de edad de ambos sexos con PBO inferior unilateral.

- Estudios que utilicen técnicas de fisioterapia como parte del tratamiento.
- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**
- Pacientes de más de 10 años de edad.
- Pacientes con displasia de cadera o tortícolis congénita, ya que los pacientes con PBO tienen más riesgo de presentar dichas patologías por posición intrauterina inadecuada.
- Pacientes con otras patologías motoras graves que puedan variar la eficacia y la efectividad del tratamiento de fisioterapia.

4 Resultados

- Tras la búsqueda en las diferentes bases de datos y posterior lectura de los correspondientes artículos, se incluyeron 10 artículos que cumplieran los criterios.

INTERVENCIONES Y EFECTOS:

- Tratamiento conservador: todos los estudios mostraron una mejora significativa en el rango articular del miembro superior y fuerza muscular tras un programa de fisioterapia fundado en la terapia física, excepto en la rotación interna y supinación del antebrazo. Coinciden en los objetivos a alcanzar la movilidad articular completa, mejorar el estado muscular para el restablecimiento funcional, estimulando los músculos hipotónicos y relajando los hipertónicos, prevenir la atrofia y las contracturas musculares, y entrenar el control motor. De forma general los diferentes tratamientos se fundamentan en tratamiento postural, movilizaciones pasivas/activas, potenciación muscular, estimulación táctil y masoterapia superficial centrípeta. Parece existir cierto debate entre los autores a la hora de determinar cual es el mejor tratamiento a aplicar.
- Kinesiotape: se considera una técnica de elección conveniente como complemento a otras técnicas, ya que fomenta una mejor alineación y orientación de los segmentos del miembro superior afectado.
- Órtesis/férulas: en la actualidad se utilizan de material termoplástico para las deformidades del antebrazo, muñeca y mano. La inmovilización en “estatua de la libertad” y en avión están en desuso, según los estudios donde utilizaban órtesis como parte del tratamiento, ya que provocan deformidades en abducción de hombro, luxación posterior de la cabeza humeral y luxación posterior de la cabeza radial.
- Terapia de inducción del movimiento por restricción del lado sano (CIMT): terapia novedosa que se ha expandido con fuerza en el tratamiento de la PBO, consiguiendo ganancias funcionales ya que se produce una reorganización cortical debido a la plasticidad neuronal. Todos coinciden en que tanto el componente

sensitivo como motor tras la lesión no debe estar altamente afectado. Otro aspecto en común es la de mantener la adherencia en la ejecución del protocolo, para lo cual es primordial la participación y la educación de los padres en la terapia, la comprensión de las actividades programadas y su ejecución en un entorno natural y lúdico.

- Electroestimulación: no se tiene demostración de su eficacia para acelerar el proceso de recuperación o reinervación, algunos autores la consideran no indicada. Otros autores mencionan que junto con un programa de fisioterapia convencional es beneficioso para incrementar la fuerza muscular y la función de la extremidad superior afectada.
- Realidad virtual: los últimos estudios la dejan como futuras líneas de investigación, ya que se presenta como hipótesis la posibilidad de ser una herramienta en la rehabilitación de la PBO, ya que aumenta la adhesión al tratamiento, el aumento de la función manual y la aceptación por parte del/la niño/a.

5 Discusión-Conclusión

- La combinación de las diferentes técnicas de fisioterapia tradicionales junto con la utilización de programas de TMIR es efectiva para mejorar la funcionalidad de la mano afectada. El kinesiotape es una conveniente elección como complemento en programas de fisioterapia, y las órtesis/férulas están contraindicadas en las primeras fases de tratamiento. Por otro lado, la electroterapia no ha demostrado su eficacia, algunos autores la consideran no indicada.
- Todos los estudios coinciden en la división del tratamiento en 3 fases:
 - Fase 1: hasta las 3 semanas, donde se prioriza el reposo con inmovilización en aducción y rotación interna, el tratamiento postural precoz y la educación a los padres acerca de las técnicas.
 - Fase 2: desde las 3 semanas hasta los 3 meses, donde se realiza el tratamiento expuesto en los resultados.
 - Fase 3: a partir de los 3-4 meses, donde se adapta el tratamiento al desarrollo normal del niño y se estimula la integración del miembro afecto en el esquema corporal. Además del uso de órtesis/férulas.
- La mayoría de los estudios sustentan que el tratamiento debe ser conservador inicialmente, pero siempre después de las 3 primeras semanas.
- La mayor parte de los pacientes con PBO se recuperan totalmente o de forma parcial cuando se comienza de manera temprana el programa de fisioterapia, indistintamente de que haya habido o no cirugía.

- El empleo de las diferentes técnicas de fisioterapia expuestas presenta beneficios en estos pacientes.
- Existen diferentes técnicas en función del tipo de parálisis y grado de lesión, por lo que no se ha podido establecer cual es la mejor manera de abordar esta patología.
- Es necesario la realización de más ensayos clínicos aleatorizados de mejor calidad en su metodología para llegar a precisar con mayor evidencia un tratamiento eficaz de la PBO, tanto a corto como a largo plazo.

6 Bibliografía

1. O'Berry P, Brown M, Philips L, Evans SH. Obstetrical Brachial Plexus Palsy. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017; 47(7): 151-155.
2. Vaquero G, Ramos A, Martínez JC, Valero P, Núñez N, Simón R, et al. Parálisis braquial obstétrica: incidencia, seguimiento evolutivo y factores pronósticos. *Rev Neurol*. 2017; 65(1): 19-25.
3. Yanes VL, Sandobal EC, Camero D, Ojeda L. Parálisis braquial obstétrica en el contexto de la rehabilitación física temprana. *Medisur*. 2014; 12(4): 635-649.
4. Vergara E. Conceptos actuales en el tratamiento de la parálisis obstétrica del plexo braquial: Revisión analítica a propósito de una serie de casos. *Rev Col Med Fis Rehab*. 2014; 24(1): 55-67.
5. Shamy E, Alsharif R. Effect of virtual reality versus conventional physiotherapy on upper extremity function in children with obstetric brachial plexus injury. *J Musculoskelet Neural Interact*. 2017; 17(4): 319-326.
6. Yilmaz V, Umay E, Tezel N, Gundogdu I. Timing of rehabilitation in children with obstetric upper trunk brachial plexus palsy. *Childs Nerv Syst*. 2018; 34(6): 1153-1160.
7. Okafor UA, Akinbo SR, Sokunbi OG, Okanlawon AO, Noronha CC. Comparison of electrical stimulation and conventional physiotherapy in functional rehabilitation in Erb's palsy. *Nig Q J Hosp Med*. 2008; 18(4):202-5.
8. ElKhatib R, ElNegmy E, Salem A, Sherief A. Kinesio arm taping as prophylaxis against the development of Erb's Engram. *Journal of Advanced Reserch*. 2013; 4(6): 485-491.
9. Cunha AB, Lima-Alvarez CD, Rocha ACP, Tudella E. Effects of elastic therapeutic taping on motor function in children with motor impairments: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2018; 40(14): 1609-1617.

10. Vaz DV, Mancini MC, do Amaral MF, de Brito M, de França A, da Fonseca ST. Clinical changes during an intervention based on constraint-induced movement therapy principles on use of the affected arm of a child with obstetric brachial plexus injury: a case report. *Occup Ther Int*. 2010; 17(4):159-67.

Capítulo 255

TÉCNICAS DE MASOTERAPIA QUE CON MÁS FRECUENCIA SE EMPLEAN EN LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA

GLORIA OTERO CORTIJO

1 Introducción

La masoterapia, también conocida como masaje terapéutico, es una forma de terapia manual que utiliza técnicas de manipulación de tejidos blandos para aliviar el dolor, mejorar la circulación y promover la relajación. A continuación, se describen algunas de las técnicas de masoterapia más comunes:

Masaje Sueco: Esta técnica utiliza movimientos suaves y largos, como el deslizamiento, el amasamiento, la fricción, la percusión y la vibración. Es ampliamente utilizado para aliviar el estrés y la tensión muscular, mejorar la circulación y promover la relajación general.

Masaje Profundo de Tejido: Se centra en capas más profundas de tejido muscular y conectivo. Los terapeutas aplican presión firme y concentrada para liberar tensiones y nudos musculares. Es beneficioso para tratar lesiones y dolores crónicos.

Masaje Deportivo: Diseñado para atletas, este tipo de masaje se enfoca en áreas específicas de tensión muscular relacionadas con la actividad deportiva. Ayuda en la prevención de lesiones, mejora el rendimiento y acelera la recuperación después del ejercicio.

Masaje Shiatsu: Originario de Japón, utiliza presión aplicada con los dedos, las manos y los pulgares en puntos específicos del cuerpo para equilibrar la energía y aliviar la tensión. Es parte de la medicina tradicional china.

Masaje de Piedras Calientes: Se realizan masajes con piedras calientes que se colocan en puntos estratégicos y se utilizan para masajear el cuerpo. El calor relaja los músculos y alivia el estrés.

Reflexología: Se enfoca en los pies y las manos, donde se cree que los puntos reflejos se conectan con diferentes partes del cuerpo. La presión en estos puntos puede aliviar tensiones y promover la salud en áreas relacionadas.

Masaje Prenatal: Diseñado para mujeres embarazadas, se adapta para abordar las necesidades y molestias específicas durante el embarazo. Ayuda a aliviar dolores lumbares, edema y estrés.

Masaje Tailandés: Combina estiramientos, acupresión y movimientos rítmicos para mejorar la flexibilidad y aliviar la tensión. Se realiza en una colchoneta en el suelo, y el receptor permanece completamente vestido.

Cada técnica de masoterapia tiene sus propias aplicaciones y beneficios, y la elección depende de las necesidades y preferencias del paciente. Es importante que un terapeuta calificado realice estas técnicas para garantizar resultados seguros y efectivos.

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

En la fisioterapia respiratoria, se emplean diversas técnicas de masoterapia para ayudar a mejorar la función pulmonar y aliviar los síntomas respiratorios. A continuación, se describen las técnicas de masoterapia más frecuentemente utilizadas en este contexto:

Drenaje Postural: Esta técnica implica posicionar al paciente en diferentes posiciones que facilitan el drenaje de secreciones pulmonares. El terapeuta utiliza golpes y vibraciones suaves en la espalda y el pecho para movilizar el moco hacia las vías respiratorias principales, lo que facilita su eliminación.

Técnica de Percusión: Se realiza golpeando suavemente la espalda o el pecho del paciente con las manos o dispositivos especiales, como percutores o palmoteadores. Esto ayuda a aflojar y movilizar las secreciones pulmonares para que puedan ser eliminadas mediante la tos o la expectoración.

Vibración: La vibración se aplica mediante movimientos oscilatorios de las manos o dispositivos en la superficie del tórax o la espalda del paciente. Esto ayuda a romper las secreciones pegajosas y a facilitar su eliminación.

Masaje Torácico: El masaje torácico implica el uso de técnicas de masaje suave en el área del tórax para relajar los músculos respiratorios y mejorar la expansión pulmonar. También puede ayudar a reducir la tensión muscular asociada con la dificultad respiratoria.

Estiramientos Respiratorios: Estos estiramientos se centran en mejorar la movilidad de la caja torácica y los músculos respiratorios. Pueden incluir ejercicios de expansión pulmonar y estiramientos de los músculos intercostales.

Técnicas de Relajación: La relajación es importante en la fisioterapia respiratoria. Los terapeutas utilizan técnicas de masoterapia para reducir la tensión muscular y promover la respiración profunda y relajada.

Estas técnicas de masoterapia son especialmente útiles en pacientes con afecciones respiratorias crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la fibrosis quística o el asma. Ayudan a mejorar la ventilación pulmonar,

a facilitar la eliminación de mucosidad y a reducir la disnea (falta de aire).

Es importante destacar que estas técnicas deben ser realizadas por fisioterapeutas especializados en fisioterapia respiratoria para garantizar su seguridad y eficacia. Cada tratamiento se adapta a las necesidades individuales del paciente y su condición respiratoria específica, lo que lo convierte en una parte esencial del manejo integral de las enfermedades respiratorias.

5 Discusión-Conclusión

El fisioterapeuta recomienda que las técnicas de masoterapia se realicen bajo la supervisión de un profesional capacitado en fisioterapia respiratoria. Es esencial que el terapeuta evalúe cuidadosamente la condición del paciente y diseñe un plan de tratamiento personalizado que se adapte a sus necesidades específicas.

Además, es importante que el paciente participe activamente en el proceso de tratamiento. Esto implica seguir las indicaciones del terapeuta, practicar ejercicios de respiración y movilización de secreciones según sea necesario, y comunicar cualquier malestar o cambios en los síntomas durante las sesiones de masoterapia.

La consistencia en la terapia y la adherencia al plan de tratamiento son clave para obtener resultados efectivos. La masoterapia puede ser una herramienta valiosa para mejorar la función pulmonar y aliviar los síntomas respiratorios, pero debe ser realizada por profesionales con experiencia para garantizar su seguridad y eficacia.

6 Bibliografía

Cabrera Vallejo, C., García González, A., & Pérez Mallada, N. (2023). Procedimientos Generales en Fisioterapia II-Masoterapia.

Capítulo 256

PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA

GLORIA OTERO CORTIJO

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

1 Introducción

Un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se encuentra en una situación crítica de salud que requiere atención médica y monitoreo constante. Los pacientes en UCI a menudo tienen afecciones graves, como enfermedades respiratorias graves, sepsis, traumatismos graves o cirugías complejas, que los han llevado a un estado crítico.

En la UCI, el paciente recibe atención multidisciplinaria de un equipo de profesionales de la salud, que incluye médicos intensivistas, enfermeros especializados, terapeutas respiratorios y otros especialistas según sea necesario. La atención se centra en estabilizar las funciones vitales, como la respiración, la circulación y la función renal, y se utiliza equipo médico avanzado para monitorear de cerca las constantes vitales del paciente.

El tiempo que un paciente pasa en la UCI puede variar desde unos pocos días hasta semanas, dependiendo de la gravedad de su afección. Durante este tiempo, el paciente puede estar sedado y conectado a ventilación mecánica si es necesario, y se pueden administrar medicamentos para controlar el dolor y mantener la estabilidad.

El objetivo principal en la UCI es proporcionar la atención médica necesaria para que el paciente recupere su salud y se estabilice lo suficiente como para ser trasladado a una unidad de cuidados menos intensivos o a su hogar. El proceso de recuperación puede ser largo y desafiante, y requiere un cuidado compasivo y especializado por parte del equipo de atención médica.

2 Objetivos

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

El papel del fisioterapeuta en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es esencial para la recuperación y el bienestar de los pacientes críticos. Los fisioterapeutas desempeñan múltiples funciones fundamentales en este entorno:

Evaluación y Monitorización: El fisioterapeuta evalúa la función respiratoria y motora del paciente, identificando cualquier deterioro o disfunción. Esto incluye la evaluación de la capacidad pulmonar y la movilidad de las extremidades.

Prevención de Complicaciones Respiratorias: Los pacientes en UCI están en riesgo de desarrollar complicaciones respiratorias, como atelectasia o neumonía. El fisioterapeuta trabaja para prevenir estas complicaciones mediante técnicas

de fisioterapia respiratoria, como la ventilación dirigida, el drenaje postural y la movilización temprana.

Rehabilitación Temprana: Incluso en pacientes críticos, se busca mantener la movilidad en la medida de lo posible. Los fisioterapeutas colaboran con el equipo médico para implementar programas de movilización temprana y ejercicios pasivos para evitar la debilidad muscular y mejorar la circulación.

Manejo del Dolor y la Disnea: Los fisioterapeutas trabajan en estrategias para controlar el dolor y la disnea (falta de aire) en los pacientes, lo que puede incluir técnicas de relajación y ejercicios de respiración.

Optimización de la Ventilación: En pacientes con apoyo ventilatorio, el fisioterapeuta ajusta los parámetros del ventilador según sea necesario y colabora en la extubación cuando el paciente está listo.

Educación al Paciente y la Familia: Los fisioterapeutas proporcionan información y entrenamiento a los pacientes y sus familias sobre ejercicios y cuidados respiratorios y físicos, preparándolos para el alta hospitalaria y la recuperación continua.

Colaboración Interdisciplinaria: Trabajan en estrecha colaboración con médicos intensivistas, enfermeros y otros profesionales de la salud para coordinar la atención del paciente y lograr los mejores resultados posibles.

El fisioterapeuta en UCI juega un papel crucial en la prevención de complicaciones, la mejora de la función pulmonar, la movilidad y la calidad de vida de los pacientes. Su enfoque integral no solo se centra en la recuperación física, sino también en el bienestar emocional y el apoyo a los pacientes y sus seres queridos en un momento crítico. La atención personalizada y experta de los fisioterapeutas contribuye significativamente al proceso de recuperación de los pacientes en la UCI.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para una fisioterapia efectiva en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es la comunicación constante y la colaboración estrecha entre el paciente, la familia y el equipo de salud, incluyendo al fisioterapeuta. Es esencial que los pacientes y sus seres queridos comprendan la importancia de la fisioterapia en su recuperación y estén dispuestos a participar

activamente en el proceso.

Además, se enfatiza la necesidad de adaptar el tratamiento a las necesidades individuales de cada paciente, considerando su estado de salud, nivel de movilidad y tolerancia. La fisioterapia en la UCI debe ser personalizada y gradual, con metas realistas. La paciencia y la motivación son clave para alcanzar una recuperación exitosa. La fisioterapia no solo contribuye a la mejora física, sino que también puede tener un impacto positivo en la confianza y el bienestar emocional del paciente, lo que hace que su participación activa sea aún más valiosa.

6 Bibliografía

Gómez, W. C. (2022). Fisioterapia en la UCI: Teoría, experiencia y evidencia. Editorial El Manual Moderno.

Capítulo 257

BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN ETAPA PREPARTO

PEDRO MANUEL MATEOS APARICIO LÓPEZ MILLA

GLORIA OTERO CORTIJO

AVELINA CUBILLO DE LA CRUZ

JUDIT GALDÓN MÁRQUEZ

1 Introducción

La etapa preparto, también conocida como anteparto o embarazo, es el período que abarca desde la concepción hasta el inicio del trabajo de parto. Esta fase es esencial en el desarrollo de un nuevo ser humano y presenta una serie de cambios físicos y emocionales en la vida de la mujer embarazada.

Durante el preparto, el cuerpo de la mujer experimenta una serie de transformaciones significativas para acomodar al feto en crecimiento. Estos cambios incluyen el aumento del tamaño del útero, la expansión de las mamas, el aumento de peso y ajustes hormonales que afectan a todo el cuerpo.

Además de los cambios físicos, la mujer embarazada puede experimentar una amplia gama de emociones, que van desde la felicidad y la anticipación hasta la ansiedad y el estrés. La planificación del parto y la preparación para la llegada del bebé son aspectos importantes de esta etapa. Las futuras madres a menudo

participan en clases de parto, consultan con profesionales de la salud y crean un plan de parto que refleja sus preferencias y deseos durante el proceso de parto.

La etapa preparto es un momento crucial para recibir atención prenatal regular, ya que permite el monitoreo de la salud tanto de la madre como del feto. La comunicación abierta con el profesional de la salud y el seguimiento de las recomendaciones médicas son esenciales para asegurar un embarazo saludable y un parto seguro. En resumen, la etapa preparto es una fase única y emocionante en la vida de una mujer, marcada por cambios físicos y emocionales significativos mientras se prepara para el nacimiento de su hijo.

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

El tratamiento fisioterapéutico en la etapa preparto ofrece una serie de beneficios fundamentales tanto para la madre como para el bebé. Estos beneficios incluyen:

Alivio del Dolor y la Tensión: Durante el embarazo, muchas mujeres experimentan dolor en la espalda baja, caderas y pelvis debido al aumento del peso y los cambios en la postura. La fisioterapia puede proporcionar técnicas de alivio del dolor, ejercicios de estiramiento y fortalecimiento para reducir la incomodidad y la tensión muscular.

Mejora de la Postura y la Movilidad: La fisioterapia preparto se centra en mejorar la postura y la movilidad, lo que es crucial para prevenir lesiones y mejorar la comodidad de la madre a medida que el útero crece.

Fortalecimiento del Suelo Pélvico: Los ejercicios específicos para el suelo pélvico ayudan a prevenir la incontinencia urinaria y reducen el riesgo de debilidad después del parto.

Preparación para el Parto: Los fisioterapeutas pueden enseñar técnicas de respiración y relajación que son beneficiosas durante el parto. También pueden ayudar a las futuras madres a fortalecer los músculos utilizados en el parto, como el diafragma y los abdominales.

Reducción de la Hinchazón y la Retención de Líquidos: La fisioterapia puede incluir técnicas de drenaje linfático manual que ayudan a reducir la hinchazón y la retención de líquidos, comunes durante el embarazo.

Mejora del Bienestar Emocional: El tratamiento fisioterapéutico no solo se centra en lo físico, sino que también aborda el bienestar emocional. Puede proporcionar apoyo emocional a través de la atención personalizada y el asesoramiento sobre el cuidado propio y la relajación.

Prevención de Complicaciones: La fisioterapia puede contribuir a prevenir complicaciones como la diabetes gestacional y la hipertensión al promover un estilo de vida activo y saludable.

Preparación Postparto: La fisioterapia en la etapa preparto puede ayudar a las mujeres a prepararse para la recuperación después del parto. Esto incluye ejercicios y consejos para fortalecer los músculos abdominales y del suelo pélvico.

En resumen, el tratamiento fisioterapéutico en la etapa preparto ofrece una amplia gama de beneficios que van más allá del alivio del dolor físico. Contribuye al bienestar emocional, la prevención de complicaciones y la preparación para el parto y la recuperación. La atención personalizada de un fisioterapeuta puede marcar una diferencia significativa en la experiencia de una mujer durante el embarazo y el parto.

5 Discusión-Conclusión

El fisioterapeuta recomienda un enfoque integral y personalizado en el tratamiento fisioterapéutico preparto. Es esencial comenzar el tratamiento temprano durante el embarazo para abordar los cambios físicos a medida que ocurren y prevenir posibles complicaciones. La comunicación abierta y la colaboración entre el fisioterapeuta, la futura madre y el equipo de atención médica son fun-

damentales.

Se enfatiza la importancia de la consistencia en la realización de ejercicios de estiramiento y fortalecimiento específicos para el embarazo, así como en la práctica de técnicas de relajación y respiración que serán útiles durante el parto. Además, se insta a las futuras madres a escuchar su propio cuerpo y a comunicar cualquier molestia o preocupación al fisioterapeuta para ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.

El fisioterapeuta también brinda apoyo emocional y educación sobre el autocuidado durante el embarazo. En última instancia, el objetivo es promover la comodidad, la movilidad y el bienestar físico y emocional de la madre, preparándola para un parto saludable y una recuperación postparto más efectiva.

6 Bibliografía

Ramírez Gil, G. Importancia del Servicio de Fisioterapia-Kinesiología en un Centro de Ginecología Obstetricia y Neonatología y necesidad de formación (Doctoral dissertation).

Capítulo 258

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON ONDAS DE CHOQUE EN PACIENTES CON FASCITIS PLANTAR

LAURA DE PABLO MARTÍNEZ

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA

MARIO GARCÍA MARTÍN

1 Introducción

La fascitis plantar es una inflamación del tejido conectivo grueso que une el talón con los dedos del pie, siendo la afección más frecuente de dolor no traumático en el tobillo-pie.

La sintomatología más frecuente es dolor localizado en la zona antero-interna del calcáneo, pudiendo irradiarse hacia el borde interno del pie. El dolor suele ser más intenso al comenzar a deambular por la mañana o tras un tiempo largo de inactividad física; el dolor aumenta con la bipedestación prolongada, al cargar pesos, al estiramiento o al ponerse de puntillas.

Se estima que un 10% de la población adulta sufrirá esta patología alguna vez en su vida, siendo más común su aparición en mujeres de entre 40 y 70 años.

La clínica suele ser la principal fuente de información para llegar a su diagnóstico, aunque pueden usarse pruebas complementarias tales como la radiografía en carga, la ecografía o el análisis biomecánico de la marcha.

El tratamiento conservador suele ser el primero en ser aplicado, destacando el tratamiento ortopédico mediante plantillas, el tratamiento funcional y el tratamiento con electroterapia.

El tratamiento mediante ondas de choque extracorpóreas ha sido introducido en los últimos años como tratamiento de segunda línea, una vez que el dolor persiste tras las primeras 8-12 semanas con tratamiento fisioterápico.

2 Objetivos

Analizar la efectividad del tratamiento con ondas de choque en fascitis plantar y valorar la introducción de las mismas como tratamiento de elección en fascitis plantar.

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: fascitis, plantar, talalgia, ondas de choque, dolor.

4 Resultados

La evidencia sobre la efectividad de las OCH en el tratamiento de pacientes con FP siempre ha sido objeto de controversia; sin embargo, estudios recientes como el de Gollwitzer et al., ponen de manifiesto que su aplicación aporta beneficios frente al placebo.

Krukowska et al., demostraron que las ondas de choque radiales poseen mejor eficiencia analgésica que los ultrasonidos, reduciendo el dolor en el paciente con menor número de aplicaciones. mucho más rápida si se emplean OCH en lugar de ultrasonidos.

En cuanto a la seguridad, no hay descritos eventos adversos graves, siendo el dolor durante la aplicación del tratamiento el comunicado más frecuentemente.

El tratamiento de primera elección de la FP es el conservador. Las terapias físicas empleadas en los distintos estudios han demostrado ser eficaces, en distinta medida, para disminuir el dolor o aliviar los síntomas de la FP. No se suele acudir como primera opción terapéutica al tratamiento quirúrgico, ya que no siempre da buenos resultados.

No hay consenso en cuanto a la densidad de la energía aplicada o los parámetros de tratamiento.

Existen tres formas de generar la onda de choque focal, común generador: de tipo electrohidráulico, electromagnético y piezoeléctrico, siendo la más efectiva la generada de forma piezoeléctrica por su bajo nivel de impacto en el paciente y los resultados a largo plazo obtenidos en lo que a dolor, inflamación y engrosamiento se refiere.

Dada la falta de trabajos que sobre la eficacia de las ondas de choque con un aparato de tipo piezoeléctrico, sería interesante estudiar qué generador de ondas de choque obtendría resultados más eficaces, y si una densidad total de energía menor en el foco influye en la eficacia de tratamiento tanto en la fascitis plantar, como en otras patologías.

5 Discusión-Conclusión

Se trata de una dolencia muy prevalente y con múltiples factores de riesgo, por lo que, en muchos casos, estas opciones terapéuticas no resultan efectivas.

El tratamiento con ondas de choque focales con generador piezoeléctrico supone una alternativa eficaz para la curación de la fascitis plantar, es segura y no hay registro de complicaciones, siendo muy bien tolerada comparada con otras técnicas más invasivas.

Sería interesante que los profesionales de la fisioterapia conocieran la aplicación de este tipo de ondas de choque, generadas de forma piezoeléctrica, para que pudiera extenderse su uso en el tratamiento no solo de la fascitis plantar, sino de otras patologías musculoesqueléticas susceptibles de ser tratadas de forma análoga.

6 Bibliografía

1. Díaz-Llopis IV, Gómez-Gallego D, Mondéjar-Gómez FJ, López-García A, Climent-Barberá JM, Rodríguez-Ruiz CM. Botulinumtoxin type A in chronic plantar fasciitis: Clinical effects one year after injection. Clin Rehabil. 2013;27:681–5.12

2. Indicaciones de las Ondas de Choque en Medicina. Comité científico de la Sociedad Española de Tratamientos con Ondas de Choque. Disponible en: <http://www.setoc.es/?p=page/html/indicaciones>
3. Díaz López AM, Guzmán Carrasco P. Efectividad de distintas terapias físicas en el tratamiento conservador de la fascitis plantar. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:157–78.22
4. Pedrosa-Guerra AI. Patología ostoarticular y dolor de tobillo y pie. En: Martín-del Rosario FM, Ruiz-Fernández MA, García-Bravo AM, Martín-Álamo MN, Sánchez-Enriquez J, Méndez-Suárez JL, editores. *Manual de rehabilitación y medicina física*. Canarias: Sociedad Canaria de Medicina Física y Rehabilitación; 2018. p. 507-520.
5. Akinoğlu B, Köse N, Kirdi N, Yakut Y. Comparison of the Acute Effect of Radial Shock Wave Therapy and Ultrasound Therapy in the Treatment of Plantar Fasciitis: A Randomized Controlled Study. *Pain Med*. 2017;18(12):2443-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/pm/pnx113>
6. Toledo-Marhuenda JV, Marco Lledó J, Hernández-Sánchez S. Terapia por ondas de choque. En: Albornoz-Cabello M, Maya-Martín J, Toledo-Marhuenda JV, editores. *Electroterapia práctica*. Barcelona: Elsevier; 2016.
7. Gollwitzer H, Saxena A, DiDomenico LA, Galli L, Bouché RT, Caminear D, et al. Clinically Relevant Effectiveness of Focused Extracorporeal Shock Wave Therapy in the Treatment of Chronic Plantar Fasciitis : a randomized, controlled multicenter study. *J Bone Joint Surg Am*. 2015;97(9):701-8. Disponible en: <https://doi.org/10.2106/JBJS.M.013318>.
8. Krukowska J, Wrona J, Sienkiewicz M, Czernicki J. A comparative analysis of analgesic efficacy of ultrasound and shock wave therapy in the treatment of patients with inflammation of the attachment of the plantar fascia in the course of calcaneal spurs. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2016;136(9):1289-96. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00402-016-2503-z>

Capítulo 259

EFFECTIVIDAD DE LA NEUROMODULACIÓN EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

MARIO GARCÍA MARTÍN

LAURA DE PABLO MARTÍNEZ

CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA

1 Introducción

La neuromodulación, una técnica avanzada de fisioterapia, se ha convertido en un enfoque esencial en el tratamiento de pacientes que sufren de dolor crónico. El dolor crónico es una afección debilitante que afecta a millones de personas en todo el mundo, y su manejo puede ser un desafío médico significativo. En este contexto, la neuromodulación ofrece una perspectiva innovadora y prometedora para mejorar la calidad de vida de quienes padecen esta condición.

La neuromodulación se basa en la idea de que el sistema nervioso juega un papel fundamental en la percepción del dolor crónico. Esta técnica utiliza una variedad de enfoques para modificar la actividad del sistema nervioso, lo que puede incluir la estimulación eléctrica de los nervios periféricos o la médula espinal, así como la aplicación de técnicas avanzadas de terapia manual y ejercicios específicos.

Uno de los aspectos más notables de la neuromodulación es su capacidad para proporcionar alivio del dolor crónico sin recurrir a medicamentos opioides u otros tratamientos farmacológicos potencialmente adictivos. Esto es especialmente relevante en un momento en el que la epidemia de opioides es una preocupación de salud pública.

En esta introducción, se explora en detalle los diversos aspectos de la neuromodulación como técnica de fisioterapia en pacientes con dolor crónico. Examinaremos sus fundamentos científicos, sus aplicaciones clínicas y los resultados prometedores que ha demostrado en la mejora de la calidad de vida de aquellos que enfrentan el desafío diario del dolor crónico.

2 Objetivos

Conocer la efectividad de la técnica de fisioterapia de neuromodulación en aquellos pacientes que conviven con dolor crónico.

3 Metodología

Se ha buscado en diferentes bases de datos como PubMed o Google Scholar aquellos artículos en los que se habla de la técnica de neuromodulación en pacientes con dolor crónico.

Se han seleccionado aquellos 5 artículos entre 2018 y 2023 de mayor interés.

4 Resultados

La neuromodulación, como enfoque terapéutico innovador, ha demostrado resultados alentadores en pacientes que padecen dolor crónico, ofreciendo un alivio efectivo y sostenible. A continuación, se resumen algunos de los resultados clave que se han observado en la aplicación de esta técnica:

1. Reducción del dolor: La neuromodulación tiene un impacto significativo en la reducción del dolor crónico. La estimulación eléctrica de los nervios periféricos o la médula espinal puede interrumpir las señales de dolor, disminuyendo la percepción del mismo en los pacientes. Esto les permite experimentar un alivio que a menudo es difícil de lograr con otros enfoques terapéuticos.
2. Mejora de la calidad de vida: El alivio del dolor crónico mediante neuromodulación conlleva una mejora notable en la calidad de vida de los pacientes. Aquellos que previamente se veían limitados en sus actividades diarias debido al dolor

crónico pueden recuperar la funcionalidad y participar más plenamente en sus vidas.

3. Reducción de la dependencia de medicamentos: La neuromodulación ofrece una alternativa efectiva a los analgésicos opioides, lo que ayuda a reducir la dependencia de estos medicamentos potencialmente adictivos. Esto es particularmente relevante en el contexto actual de la epidemia de opioides.

4. Mayor movilidad y funcionalidad: Los pacientes que se someten a neuromodulación a menudo experimentan una mejora en su movilidad y capacidad funcional. Esto puede incluir la capacidad de realizar actividades cotidianas, ejercicios y participar en la vida social y laboral de manera más activa.

5. Tratamiento personalizado: La neuromodulación se adapta a las necesidades individuales de cada paciente, lo que permite una atención altamente personalizada. Los resultados pueden variar según la condición específica del paciente y la técnica utilizada.

En resumen, la neuromodulación se ha convertido en una opción de tratamiento efectiva y esperanzadora para pacientes que enfrentan el desafío del dolor crónico. Al proporcionar alivio del dolor, mejorar la calidad de vida y reducir la dependencia de medicamentos, esta técnica ha demostrado ser una herramienta valiosa en la gestión de esta afección debilitante. Sin embargo, es fundamental que se aplique por profesionales de la salud capacitados y que se considere como parte de un plan de tratamiento integral y personalizado para cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

La neuromodulación se ha destacado como un enfoque terapéutico eficaz y esperanzador en el tratamiento del dolor crónico. Ofrece un alivio sustancial del dolor, mejora la calidad de vida y reduce la dependencia de medicamentos, en particular, los opioides. Esta técnica personalizada brinda a los pacientes la oportunidad de recuperar la funcionalidad y la movilidad perdidas debido al dolor crónico, permitiéndoles participar activamente en sus vidas.

Si bien se necesita más investigación y una implementación cuidadosa, la neuromodulación representa un avance significativo en el manejo de una condición debilitante que afecta a millones de personas en todo el mundo.

6 Bibliografía

1. Knotkova H, Hamani C, Sivanesan E, Le Beuffe MFE, Moon JY, Cohen SP, Huntoon MA. Neuromodulation for chronic pain. *Lancet*. 2021 May

29;397(10289):2111-2124.

2. Moisset X, Lanteri-Minet M, Fontaine D. Neurostimulation methods in the treatment of chronic pain. *J Neural Transm (Vienna)*. 2020 Apr;127(4):673-686.
3. Gilmore C, Ilfeld B, Rosenow J, Li S, Desai M, Hunter C, Rauck R, Kapural L, Nader A, Mak J, Cohen S, Crosby N, Boggs J. Percutaneous peripheral nerve stimulation for the treatment of chronic neuropathic postamputation pain: a multicenter, randomized, placebo-controlled trial. *Reg Anesth Pain Med*. 2019 Jun;44(6):637-645.
4. Wong CE, Hu CY, Lee PH, Huang CC, Huang HW, Huang CY, Lo HT, Liu W, Lee JS. Sciatic nerve stimulation alleviates acute neuropathic pain via modulation of neuroinflammation and descending pain inhibition in a rodent model. *J Neuroinflammation*. 2022 Jun 15;19(1):153.
5. Xiang X, Wang S, Shao F, Fang J, Xu Y, Wang W, Sun H, Liu X, Du J, Fang J. Electroacupuncture Stimulation Alleviates CFA-Induced Inflammatory Pain Via Suppressing P2X3 Expression. *Int J Mol Sci*. 2019 Jul 2;20(13):3248.

Capítulo 260

FORTALECIMIENTO DE LA MUSCULATURA GENERAL EN PACIENTES TRAS UN ENCAMAMIENTO PROLONGADO POR COVID-19

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

MARIO GARCÍA MARTÍN

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA

LAURA DE PABLO MARTÍNEZ

1 Introducción

La enfermedad del coronavirus o Covid-19 es una enfermedad infecciosa originada por el virus SARS-CoV-2, que fue datada por primera vez en China en el año 2019 y posteriormente se extendió a todos los países del mundo.

La mayoría de las personas infectadas sufrirán una enfermedad respiratoria de leve a moderada y se recuperarán sin requerir un tratamiento especial. Pero, algunas personas enfermarán gravemente y necesitarán atención médica experimentando lo que se conoce como síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA),

algunos de estos pacientes durante su estancia hospitalaria acaban teniendo que ser atendidos en las Unidades de Cuidados Intensivos en un estado de coma inducido.

Si este estado de coma inducido en el que se encuentran los pacientes graves se prolonga demasiado en el tiempo (entorno a 1 mes o más), puede incurrir en lo que se conoce como síndrome de inmovilidad o desacondicionamiento físico, que se caracteriza por la reducción de la tolerancia a la capacidad física, una movilidad muscular progresiva y en casos muy graves, la pérdida de los automatismos reflejos y reflejos posturales necesarios para realizar la marcha y desempeñar las actividades de la vida diaria.

Desde la fisioterapia se puede intervenir en el tratamiento de este síndrome de inmovilidad trabajando la fuerza de la musculatura, a través del ejercicio físico guiado, a parte, de poder tratar el resto de las secuelas que implica un encamamiento prolongado como pueden ser consecuencias en el aparato respiratorio o en el aparato cardiovascular.

2 Objetivos

Determinar la evidencia existente sobre el fortalecimiento de la musculatura general de los pacientes que han sufrido un encamamiento prolongado tras una infección por Covid-19.

Valorar la eficacia del entrenamiento de la musculatura en pacientes que han sufrido un encamamiento prolongado tras una infección por Covid-19

3 Metodología

Para llevar a cabo esta investigación, se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos científica PubMed, los términos que fueron usados para realizar la búsqueda han sido (“Covid-19” and “Physiotherapy” or “Rehabilitation” and “Strength”). Tras la búsqueda obtuvimos 14 artículos, de los cuáles, finalmente nos quedamos con 2 artículos que consistían en el entrenamiento de la fuerza de la musculatura general del cuerpo en pacientes que habían estado encamados de forma prolongada a raíz de una infección por Covid-19.

4 Resultados

Los estudios que fueron seleccionados fueron aquellos estudios en los que se realizaban mediciones de la fuerza en la musculatura general en paciente que habían sufrido una neumonía a causa de una infección por Covid-19 que había derivado en un encamamiento prolongado.

El primer estudio consistía en un estudio transversal en el que se incluyeron 41 pacientes que presentaban una pulsioximetría menor a un 94% y sin comorbilidades previas a la infección por Covid-19. En el estudio se pudo observar que existía una gran debilidad muscular en los pacientes, pero valoraron específicamente la fuerza del bíceps braquial y del cuádriceps. La debilidad observada era de un 86% en el cuádriceps y de un 73% en el bíceps braquial, la medición fue realizada con un dinamómetro de mano y fue comparado con parámetros considerados normales. Los pacientes realizaron ejercicios durante 4 semanas que comprendían 3 series de entre 8 y 10 repeticiones según tolerancia con bandas elásticas, mancuernas...; se observó que al final del estudio habían recuperado un 23% de la pérdida presente en el cuádriceps y un 31% con respecto al bíceps braquial.

El segundo estudio se trataba de un ensayo clínico de 10 días de duración para determinar la eficacia de la realización de ejercicio físico en los primeros 10 días en pacientes que han sufrido un encamamiento prolongado a causa de una infección por Covid-19. En el estudio se incluyeron 100 pacientes que fueron divididos en 2 grupos, de los cuales, el primero realizó ejercicios al 70-80% de la Resonancia Magnética (RM) y el segundo grupo realizó ejercicios al 70-80% de la RM en conjunto con la aplicación de electroestimulación neuromuscular con una amplitud de 15-20 mV durante 30 minutos. Al finalizar el estudio se determinó que el grupo que solo había realizado ejercicios había experimentado una mejora de la debilidad de la musculatura del 13%, mientras que el grupo que había realizado ejercicios en combinación con tratamiento de electroestimulación neuromuscular había experimentado una mejora del 15% de la debilidad.

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar un análisis exhaustivo de los estudios seleccionados cuyo objetivo era determinar la eficacia de la realización de ejercicio físico en pacientes que habían sufrido un encamamiento prolongado a causa de una infección por el virus Covid-19, se puede determinar lo siguiente:

En primer lugar, que el ejercicio físico es bastante efectivo a la hora de recuperar

la debilidad muscular generada por un encamamiento prolongado tras una infección por Covid-19, tanto durante los primeros días tras el encamamiento, como a largo plazo.

En segundo lugar, que la realización de ejercicio físico en combinación con otras técnicas de fisioterapia, como puede ser, la electroestimulación neuromuscular, tiene unos beneficios mucho mayores que si únicamente se realiza ejercicio físico. Finalmente, que como se trata de una afección relativamente nueva, existe una gran falta de literatura sobre el tema y, por tanto, deben seguir realizándose investigaciones que ayuden a determinar la eficacia del ejercicio en este ámbito.

6 Bibliografía

- 1.Piquet V, Luczak C, Seiler F, Monaury J, Martini A, Ward AB, et al. Do patients with COVID-19 benefit from rehabilitation? Functional outcomes of the first 100 patients in a COVID-19 rehabilitation unit. *Arch Phys Med Rehabil.* 2021;102(6):1067–1074.
- 2.Paneroni M, Simonelli C, Saleri M, Bertacchini L, Venturelli M, Troosters T, et al. Muscle strength and physical performance in patients without previous disabilities recovering from COVID-19 pneumonia. *Am J Phys Med Rehabil.* 2021;100(2):105–109.

Capítulo 261

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA (TCAE) Y EL TRATO AL PACIENTE EPILÉPTICO.

DAVID GARCÍA RUBIO

DAVINIA GARCÍA -MORENO ARAQUE

NURIA GALINDO CASADO

JUAN CARLOS RECIO DELGADO-AGUILERA

PATRICIA LOPEZ MERINO

1 Introducción

Se cree que la epilepsia es una enfermedad relativamente común, según conclusiones de estudios recientes. Entre el 5 y el 10 por ciento de las personas experimentarán convulsiones en algún momento de sus vidas. Los profesionales de la salud deben conocer los protocolos en tales situaciones para ayudar a evitar complicaciones en los pacientes.

La OMS define la epilepsia como la recurrencia crónica de ataques epilépticos. Los cambios momentáneos en la actividad cerebral, también conocidos como ataques momentáneos de la función cerebral, pueden ocurrir en la epilepsia, una condición neurológica que se considera crónica. Cuando un paciente experimenta episodios repetidos de dos o más convulsiones, se dice que hay epilepsia.

La manifestación clínica de una descarga anormal y excesivamente fuerte de un grupo de neuronas cerebrales es un ataque epiléptico. Como resultado, produce algunos hechos clínicos reconocibles y clasificables, bastante característicos. Una convulsión es un cambio en el funcionamiento de las neuronas; Dependiendo de qué área del cerebro afecte, puede manifestarse como diferentes señales. Durante una convulsión, que es una alteración sensorial repentina, pueden producirse pérdida del conocimiento, movimientos espasmódicos o ambos. Si estas crisis ocurren con frecuencia y duran mucho tiempo, pueden ser fatales para los pacientes que las sufren.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del TCAE en los pacientes con epilepsia.

3 Metodología

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

4 Resultados

En general, las convulsiones se pueden dividir en dos tipos principales:

- Convulsiones generalizadas mencionadas anteriormente. Cambian la conciencia y la hacen desaparecer. Las extremidades se mueven entrecortadas, repetitivas y descoordinadas. El paciente puede morderse la lengua y perder el control de la orina y las heces. Los labios se ponen morados y sueltan espuma por la boca. Solo duran uno o dos minutos y requieren distintos tiempos de recuperación; En ocasiones, los pacientes pueden sentirse agitados o confundidos.
- Convulsiones parciales: Pueden ser convulsiones parciales simples que no alteran la conciencia. Las partes generalizadas influyen indirectamente en la conciencia, del mismo modo que lo hacen las partes complejas.

Las siguientes pautas se aplican al tratamiento de pacientes con epilepsia:

- Intentar evitar que el paciente sea golpeado o resulte herido. Se evitará intentar inmovilizarlo, ya que esto podría causar lesiones debido a una sujeción inadecuada. Se colocará al paciente en posición lateral para evitar la aspiración bronquial. Se eliminarán todos los implantes dentales o cuerpos extraños. Se controlarán los signos vitales y la saturación de oxígeno si ocurren en un centro médico. Además, se realizará una prueba casera de azúcar en sangre para detectar hipoglucemia.
- Para trasladar al paciente al hospital se llamará a una ambulancia. Cuando un paciente tiene epilepsia, la acción recomendada es proteger las vías respiratorias. Si es posible, dé oxígeno. Se procederá a enviar notificación al servicio de urgencias para solicitar el traslado al servicio de urgencias.

La epilepsia puede ser el resultado de muchos factores, según estudios científicos diferentes:

- Causas genéticas; La enfermedad puede aparecer con mayor frecuencia debido a una predisposición genética.
- Las causas adquiridas implican traumatismos, hipoxia durante el parto y trastornos metabólicos genéticos.
- Factores innatos. Los errores congénitos del metabolismo, las anomalías cromosómicas y las malformaciones vasculares son algunos ejemplos de estas causas.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE en particular debe estar familiarizado con los procedimientos básicos para responder a una convulsión y una crisis posterior de un paciente que sufre ataques epilépticos. Esta es a menudo una patología bastante estresante para el personal sanitario y causada por ataques y convulsiones importantes. Por lo tanto, el equipo médico y asistencial, debe estar capacitado para reconocer las crisis y aplicar procedimientos rápidamente, procurando que el paciente esté lo más seguro posible y no sufra ningún daño físico. Notificar a otros miembros del equipo médico sobre la intervención del paciente y proporcionar el apoyo que los pacientes y otros cuidadores necesitan.

6 Bibliografía

1. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-enfermeros-a-un-paciente-epileptico/>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 262

EL EJERCICIO FÍSICO Y LA FISIOTERAPIA EN LAS PERSONAS MAYORES

CARMEN MARÍA GONZÁLEZ VIJANDE

1 Introducción

Cada vez son más las personas mayores en nuestra sociedad a causa de la disminución de la natalidad y el aumento de la vida. El envejecimiento forma parte de nuestra vida y es una etapa inevitable e importante a la que se le debe dar gran importancia.

Durante el envejecimiento, las personas sufren una serie de cambios, entre ellos, las personas nos volvemos más dependientes, haciendo que cada vez sea más difícil o complicado la realización de ciertas actividades.

Para poder llevar una vida más saludable y adaptada a la situación personal de la persona, es necesario que se incorporen prácticas relacionadas con el deporte, ya que una vida sedentaria puede tener efectos negativos en el transcurso de la vida de una persona.

Debemos entender los cambios que se producen durante el envejecimiento para poder hacer un abordaje efectivo a las diversas problemáticas que puede padecer una persona en esta etapa de la vida.

Por último, antes de comenzar a desarrollar a continuación el tema seleccionado, es necesario entender que la actividad física es un componente crucial y esencial para lograr el bienestar y una buena salud durante todas las etapas de la vida, aunque sí que es verdad, que se debe hacer un mayor hincapié durante la edad avanzada.

2 Objetivos

- Comprender la importancia de la actividad física en las personas mayores para lograr un envejecimiento activo.
- Identificar los objetivos y beneficios que tiene la fisioterapia en las personas mayores.

3 Metodología

Para la realización de este artículo, se ha recopilado información de fuentes confiables y académicas a través de Google Académico y Dialnet. Se han utilizado fuentes como "Cuidado Mayor", "Cuideo" y las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

También se ha consultado el artículo "Cambios Más Relevantes y Peculiaridades de las Enfermedades en el Anciano" de Elisa Corujo Rodríguez y Domingo de Guzmán Pérez Hernández.

4 Resultados

La fisioterapia desempeña un papel fundamental en el logro del bienestar y la promoción de la buena salud en las personas mayores, ya que durante la etapa del envejecimiento, es común manifestar una serie de cambios que pueden volverse un desafío a la hora de poder realizar correctamente ciertas actividades que antes se hacían con facilidad.

Por ello, la fisioterapia en las personas mayores se ha vuelto un recurso eficaz para poder mejorar su funcionalidad, aliviar el dolor que presentan y fomentar así su autonomía e independencia.

Algunos de los principales objetivos que presenta esta disciplina ligada al envejecimiento se centran en:

- Mejorar la funcionalidad de las personas mayores, ayudándolas a fomentar su autonomía a la hora de realizar las actividades diarias con la mayor independencia posible.
- Otro punto importante de esta disciplina, es la orientación a la hora de la prevención de caídas de las personas mayores. Esto se realiza a través de ejercicios donde se fomenta el equilibrio y se fortalece el cuerpo para así reducir lo máximo posible las caídas.
- Los masajes y los estiramientos pueden ayudar a aliviar las enfermedades músculo-esqueléticas relacionadas con el envejecimiento.

- En ocasiones, las personas mayores presentan la necesidad de realizar cirugías ortopédicas, por lo que la rehabilitación postoperatoria juega un papel fundamental en la recuperación de las personas mayores. Algunas de las operaciones que se producen son las operaciones de cadera y de rodilla.

Aparte de los objetivos principales que tiene la fisioterapia, cabe destacar los múltiples beneficios que esta conlleva en las personas mayores, estos son:

- Mejorar su calidad de vida a través del mantenimiento activo y la participación de actividades. Todo ello influye en su bienestar general.
- Reduce el dolor crónico en algunas patologías o afecciones músculo-esqueléticas.
- Previenen las caídas.
- Entre otros.

5 Discusión-Conclusión

El envejecimiento es una etapa de la vida donde surgen múltiples cambios a nivel físico que pueden incidir en el bienestar y en la autonomía de la persona.

La promoción de la salud y la calidad de vida es un papel esencial durante esta etapa y es ejercida por el fisioterapeuta.

La fisioterapia puede ayudar a mejorar y mantener ciertos aspectos de la vida de la persona mayor, alguno de ellos son: la funcionalidad, el dolor producido por afecciones músculo-esqueléticas, la prevención de caídas, la recuperación después de una operación de cadera o rodilla, la mejoría de la autonomía e independencia, etc.

6 Bibliografía

1. <https://www.us.es/trabaja-en-la-us/directorio/manuel-albornoz-cabello>
<https://neuro-centro.com/fisioterapia-geriatrica-que-es-y-cuales-son-sus-beneficios/>.
2. https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2003_L.pdf.
3. <https://cuideo.com/blog/beneficios-fisioterapia-personas-mayores/>.

Capítulo 263

MICROCORRIENTES PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y OTRAS HERIDAS DIFÍCILES DE TRATAR

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

DIEGO MEDINA CRESPO

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión son un tipo de heridas que afectan a la piel y también puede dañar tejidos subyacentes como tejido celular subcutáneo, músculo e incluso hueso, como consecuencia de mantener una presión prolongada o presión y cizallamiento. Esta presión está causada por la prolongada deformación mecánica que sufren los relieves óseos en apoyo de estructuras externas como colchones o sillas.

Aunque pueden aparecer a cualquier edad, la mayoría se dan en pacientes geriátricos afectados de síndrome de inmovilidad o tras hospitalizaciones prolongadas. Están directamente relacionadas con periodos largos de encamamientos. Las úlceras por presión con frecuencia son heridas difíciles de cerrar, con un alto riesgo de infección. Además, afectan considerablemente la calidad de vida en los pacientes que las sufren, no solo físicamente sino también psicológica y socialmente. Si no han podido ser prevenidas, el tratamiento para cerrarlas es

muy variable y complicado, ya que en ocasiones la causa que las ha producido no puede ser eliminada.

Las microcorrientes son pulsos eléctricos de muy baja amplitud, entre 10 μA y 1 mA, que imitan los pulsos bioeléctricos de nuestro cuerpo. Se ha estudiado su efecto en el tratamiento de heridas, ya que han demostrado actuar sobre la proliferación celular, neovascularización, síntesis de colágeno y permeabilidad de membrana celular, entre otros procesos.

A continuación, analizaremos si el uso de microcorrientes puede ayudar en el tratamiento de úlceras por presión y otras heridas difíciles de tratar.

2 Objetivos

Determinar si las microcorrientes son un tratamiento aceptable para las úlceras por presión y otras heridas cronicadas o difíciles de tratar.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane Library, Enfispo y Cinhal, introduciendo los términos “pressure ulcer”, “wound”, “microcurrents” y “microcurrent therapy” tanto en inglés como en español.

Tras filtrar los resultados, se incluyen en esta revisión 5 artículos.

4 Resultados

El uso de microcorrientes estimuló la actividad celular y la regeneración de tejidos. Se encontraron aumentos en diversos factores, entre ellos aumento de síntesis de ATP del 500%, transporte celular en 40% y síntesis de proteínas necesarias para la reparación celular en 70%.

También se observaron cambios sobre los niveles de macrófagos, leucocitos, queratinocitos, células endoteliales, osteoblastos, osteoclastos, fibroblastos y condrocitos, todos ellos relacionados directamente en los procesos de regeneración celular y modulación del proceso inflamatorio.

En otro estudio, las microcorrientes también se encontraron efectivas en el incremento de óxido nítrico, un vasodilatador importante a la hora de incrementar la perfusión sanguínea en la herida.

Por último, estudios más específicos en el campo genético encontraron reducción en la expresión de 105 genes, algunos relacionados con los procesos inflamatorios,

tras el uso de microcorrientes.

Por lo que, en la bibliografía disponible sobre el uso de microcorrientes para el tratamiento de úlceras por presión y otras heridas difíciles de tratar, se ha encontrado que estas corrientes suponen una mejoría significativa en diversos parámetros, entre ellos reducción de la superficie de la herida, reducción del dolor causado por dicha herida y mejora de la perfusión sanguínea en la zona. En consecuencia, otros parámetros más relacionados con la calidad de vida también mejoraron, como la calidad del sueño.

Se podría pensar que en general, la mayoría de las heridas con tratamiento convencional y con tiempo tienden a mejorar, por ello el efecto de las microcorrientes es más llamativo en los ensayos clínicos al comparar este tratamiento con otros. En los pacientes que fueron tratados con microcorrientes, alrededor del 78% redujeron considerablemente la inflamación alrededor de la úlcera y la profundidad de ésta, tras varias semanas de otros tratamientos sin mejoría.

En general, el 100% de los pacientes refirió reducción del dolor en 48 horas o menos, lo que puede considerarse un efecto casi “inmediato” en comparación con lo lentos que pueden llegar a ser otros tratamientos.

Ninguno de los estudios revisados utilizó las microcorrientes como único tratamiento, sino como complemento al tratamiento de enfermería convencional.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que cuando hablamos de las úlceras por presión el mejor tratamiento siempre es la prevención, es cierto que no siempre puede llevarse a cabo y en algunos pacientes en situación de inmovilidad prolongada este tipo de heridas acaban siendo inevitables.

El uso de microcorrientes ha demostrado tener influencia en una gran cantidad de procesos biológicos relacionados con la regeneración de tejidos para el tratamiento de las úlceras por presión y otras heridas, que en combinación con los tratamientos convencionales de enfermería puede ser una gran opción para heridas cronicadas o difíciles de cerrar que no responden bien al tratamiento inicial.

6 Bibliografía

1. Kottner, J., Cuddigan, J., Carville, K., Balzer, K., Berlowitz, D., Law, S., Litchford, M., Mitchell, P., Moore, Z., Pittman, J., Sigauco-Roussel, D., Yee, C. Y., & Haesler,

- E. (2020). Pressure ulcer/injury classification today: An international perspective. *Journal of tissue viability*, 29(3), 197–203. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2020.04.003>.
2. Gorecki, C., Brown, J. M., Nelson, E. A., Briggs, M., Schoonhoven, L., ... Dealey, C. (2009). Impact of Pressure Ulcers on Quality of Life in Older Patients: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1175–1183. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02307.x.
3. Yu C, Hu ZQ, Peng RY. Effects and mechanisms of a microcurrent dressing on skin wound healing: a review. *Mil Med Res*. 2014 Nov 24;1:24. doi: 10.1186/2054-9369-1-24. PMID: 26000170; PMCID: PMC4440595.
4. Mervis, J. S., & Phillips, T. J. (2019). Pressure ulcers: Prevention and management. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(4), 893–902. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.068>.
5. Avendaño-Coy, J., Martín-Espinosa, N. M., Ladriñán-Maestro, A., Gómez-Soriano, J., Suárez-Miranda, M. I., & López-Muñoz, P. (2022). Effectiveness of Microcurrent Therapy for Treating Pressure Ulcers in Older People: A Double-Blind, Controlled, Randomized Clinical Trial. *International journal of environmental research and public health*, 19(16), 10045. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610045>.
6. Ofstead, C. L., Buro, B. L., Hopkins, K. M., & Eiland, J. E. (2020). The impact of continuous electrical microcurrent on acute and hard-to-heal wounds: a systematic review. *Journal of wound care*, 29(Sup7), S6–S15. <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup7.S6>.
7. Silva, D. F. D., de Oliveira Fujii, L., Chiarotto, G. B., de Oliveira, C. A., de Andrade, T. A. M., de Oliveira, A. L. R., Esquisatto, M. A. M., Mendonça, F. A. S., Dos Santos, G. M. T., & de Aro, A. A. (2021). Influence of microcurrent on the modulation of remodelling genes in a wound healing assay. *Molecular biology reports*, 48(2), 1233–1241. <https://doi.org/10.1007/s11033-021-06135-0>.
8. Nair H. K. R. (2018). Microcurrent as an adjunct therapy to accelerate chronic wound healing and reduce patient pain. *Journal of wound care*, 27(5), 296–306. <https://doi.org/10.12968/jowc.2018.27.5.296>.
9. Kurz, P., Danner, G., Lembelembe, J. P., Nair, H. K. R., & Martin, R. (2023). Activation of healing and reduction of pain by single-use automated microcurrent electrical stimulation therapy in patients with hard-to-heal wounds. *International wound journal*, 20(6), 2053–2061. <https://doi.org/10.1111/iwj.14071>.

Capítulo 264

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE EN LA TENDINOPATÍA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR

RUBÉN RUIZ REDONDO

ADRIÁN ORLANDI TORIELLI

RAQUEL QUIRÓS ÁLVAREZ

VIRGINIA VELASCO ISUSI

1 Introducción

La tendinopatía es un trastorno musculoesquelético degenerativo crónico que es común tanto en deportistas como en la población general, con una prevalencia que oscila entre el 7% y el 27% en la población general. El ejercicio y la terapia con ondas de choque se encuentran entre los tratamientos más comunes utilizados para mediar en la curación y regeneración de los tendones (1, 2).

La patología del manguito rotador es una de las principales causas de dolor de hombro, incluida la tendinopatía calcificada y no calcificada (1, 2). Específicamente, los factores extrínsecos causan compresión de los tendones del manguito rotador y diversos grados de microtraumatismos, mientras que los mecanismos intrínsecos se asocian con cambios degenerativos en el manguito rotador. Estos factores pueden causar desgaste del tendón y, en última instancia, un desgarro total o parcial del manguito rotador (2).

En las últimas décadas, la terapia extracorpórea con ondas de choque se ha utilizado ampliamente para el tratamiento de trastornos musculoesqueléticos como la pseudoartrosis de fracturas de huesos largos, epicondilitis lateral del codo, fascitis plantar, dolor crónico en el talón y tendinopatías calcificadas del manguito rotador (3).

Hay tres técnicas principales mediante las cuales se generan ondas de choque. Estos son principios electrohidráulicos, electromagnéticos y piezoeléctricos, y cada uno de los cuales representa una técnica diferente para generar ondas de choque. El principio electrohidráulico representa la primera generación de ondas de choque, estas ondas electrohidráulicas son ondas acústicas de alta energía generadas por la explosión con una descarga de chispa de electrodo de alto voltaje, y las ondas acústicas luego se enfocan con un reflector elíptico y se dirigen al área enferma para producir un efecto terapéutico (4)

El mecanismo de la terapia con ondas de choque no se comprende completamente. Las ondas de choque ortopédicas no se utilizan para desintegrar el tejido, sino para causar microscópicamente respuestas intersticiales y extracelulares que conducen a la regeneración del tejido (4).

La fisiopatología de la tendinopatía calcificante se puede dividir en tres etapas según Gärtner:

Primera: etapa precálfica, con transformación del tendón en tejido fibrocartilaginoso que actúa como sustrato para deposición de calcio.

Segunda: etapa calcificada, con depósito real de calcio compuesto por la fase formativa y resorptiva. La primera se caracteriza por la deposición de cristales de calcio en el tendón, que está mediado por los condrocitos de la metaplasia fibrocartilaginosa. La fase de resorción comienza después de un período de tiempo variable de proceso silencioso enfermedad en la que se desarrolla tejido vascular en el área afectada con posterior fagocitosis de macrófagos del depósito de calcio. Esta fase se caracteriza por edema y aumento de la presión intratendinosa con posible extravasación de cristales de calcio. La fase de resorción generalmente se asocia con el desarrollo de dolor agudo que puede ser altamente incapacitante y no responder a los analgésicos comunes.

Tercera: Etapa poscalcificada, con remodelación del tejido tendinoso por fibroblastos después de la deposición de calcio, que puede durar varios meses. La etapa poscalcificada y la fase de resorción de la etapa calcificada parecen ocurrir simultáneamente, con el reemplazo de los depósitos de calcio por tejido de granulación (5).

2 Objetivos

- Estudiar la patología de la tendinopatía calcificante del manguito rotador.
- Comprobar la efectividad de la terapia de ondas de choque en la tendinopatía calcificante.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Scopus, Web of Science y Google Scholar, de las cuales, la fuente más relevante ha sido Pubmed. La revisión ha comenzado analizando la disponibilidad de revisiones bibliográficas utilizando los términos: “Sockwave” AND “Rotator”, “Cuff”, “Tendinopathy”. Limitando todos los estudios a posteriores de 2018 y filtrando los resultados por “Systematic review” y “Meta-Análisis”. Al no encontrarse documentos que se ajustaran a la temática de nuestro estudio, procedemos a realizar la revisión bibliográfica

En la búsqueda de los documentos para realizar nuestra revisión, se realizó un segundo análisis en las mismas bases de datos con idénticos determinantes de búsqueda, pero excluyendo “Systematic review”, “Meta-analisis” y todos aquellos estudios que incluyeran una enfermedad concomitante. Los datos obtenidos en nuestra búsqueda bibliográfica fueron de 9 ensayos clínicos aleatorizados (ECA’s) realizados entre 2018 y 2023 incluyendo entre los mismos ensayos clínicos, libros y artículos.

4 Resultados

Se analizaron un total de 7 ensayos clínicos aleatorizados, buscando en todos ellos los efectos en dolor, función y calidad de vida. El cómputo total de pacientes analizados fue de 326.

En todos los estudios que analizaban la aplicación de la fisioterapia estandarizada (cinesiterapia, terapia manual, ejercicio terapéutico) resultó efectiva para el tratamiento de la tendinopatía del manguito rotador pero la inclusión de la terapia de ondas de choque, se muestra como un tratamiento coadyuvante en todos ellos, mostrando mejoras a medio y largo plazo.

La efectividad de la aplicación de la terapia de ondas de choque ha resultado ser eficaz en la tendinopatía del manguito rotador, mostrando mejorías en los indicadores del dolor como la escala visual analógica (EVA), reduciendo el dolor

en el 47 % de de los casos un promedio de 7,1 puntos y en menor medida en el resto.

En cuánto al rango de movimiento (ROM en sus siglas en inglés), midiendo principalmente la abducción y la rotación interna de la articulación afectada, también mostraron mejoras significativas especialmente cuándo se utilizan combinadas las ondas de choque radiales y focales a los tres meses de evolución.

En cuanto a la función, la escala más utilizada fue DASH score (Escala funcional específica para miembro superior), no hubo diferencias significativas respecto a otros tratamientos aunque en todos los grupos analizados mostraron mejoras significativas.

La aplicación de ondas de choque junto con otras terapias como el Kinesiotaping, parece ser efectiva para incrementar las mejoras antes descritas en las escalas EVA y DASH de manera significativa a los 3 meses de estar aplicando la terapia una vez a la semana.

En prácticamente la mitad de los casos analizados la calcificación desapareció, mostrando en todos los casos resultados satisfactorios durante el primer año de seguimiento, incluso en estudios en los que se comparaba la aplicación con otros tratamientos médicos como la inyección de corticoesteroides, mostrando efectos similares, sugiriendo esto que la terapia de ondas de choque puede ser además una alternativa viable a la intervención quirúrgica.

Respecto a la aplicación del ejercicio excéntrico junto con la aplicación de las ondas de choque, no hubo diferencias significativas en las escalas analizadas.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos de nuestra investigación revelan que debemos de tener en consideración esta terapia desde el momento inicial de tratamiento, desde un punto de vista bioético, dada su efectividad en el ámbito de la fisioterapia.

Las ondas de choque focalizadas parecieron ser significativamente superiores a las ondas de choque radiales a las 24 y 48 semanas más allá de que además resultaran de una mayor facilidad en la aplicación. Varios estudios también indicaron que el efecto beneficioso existiría hasta el seguimiento de 12 meses (6).

Es importante resaltar que en varios estudios (5,6), la aplicación de las ondas de choque se comparaba con la aplicación de corticosteroides, siendo esta similar en cuánto a eficacia para eliminar el dolor aunque no tanto para reducir la bursitis derivada de los depósitos de calcio del manguito rotador.

Para explicar estos resultados, la teoría es que el efecto mecánico directo induce la fragmentación de los depósitos de calcio debido a la creciente presión dentro

del propio depósito. En cuanto a su efecto molecular, parece estar relacionado con la fagocitosis del depósito de calcio inducida por la respuesta inflamatoria de neovascularización y los leucocitos quimiotaxis (4). Todo ello parece reducir la respuesta inflamatoria en pacientes que padecen tendinopatía calcificada, disminuyendo el dolor a corto plazo y mejorando las capacidades funcionales en el área articular afectada a largo plazo (8).

Otros estudios sugirieron que la fase negativa de la onda de choque provoca cavitación en las interfaces de los tejidos. Durante la cavitación, se forman burbujas de aire como resultado de la presión negativa (9)

En el caso de la tendinopatía calcificante, aunque la reabsorción de depósitos ocurre espontáneamente en la mayoría de los casos, algunos pacientes muestran persistente síntomas clínicos que requieren atención médica. La mayoría los pacientes responden favorablemente a los tratamientos conservadores, pero si los síntomas persisten, se pueden considerar otras opciones terapéuticas como la terapia de ondas de choque.

Según los resultados clínicos actuales, se recomiendan las ondas de choque focales para tratar las tendinopatías calcificadas del manguito rotador. Estos hallazgos deben confirmarse en ensayos controlados aleatorios, por lo que son necesarios más estudios de calidad para esclarecer la efectividad de la terapia.

6 Bibliografía

1. Burton I. (2021). Combined extracorporeal shockwave therapy and exercise for the treatment of tendinopathy: A narrative review. *Sports medicine and health science*, 4(1), 8–17. <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2021.11.002>
2. Li, C., Li, Z., Shi, L., Wang, P., Gao, F., & Sun, W. (2021). Effectiveness of Focused Shockwave Therapy versus Radial Shockwave Therapy for Noncalcific Rotator Cuff Tendinopathies: A Randomized Clinical Trial. *BioMed research international*, 2021, 6687094. <https://doi.org/10.1155/2021/6687094>
3. Ko, J. Y., Siu, K. K., Wang, F. S., Wang, C. J., Chou, W. Y., Huang, C. C., & Kuo, S. J. (2020). The Therapeutic Effects of Extracorporeal Shock Wave Therapy (ESWT) on the Rotator Cuff Lesions with Shoulder Stiffness: A Prospective Randomized Study. *BioMed research international*, 2020, 6501714. <https://doi.org/10.1155/2020/6501714>
4. Wang C. J. (2012). Extracorporeal shockwave therapy in musculoskeletal disorders. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 7, 11. <https://doi.org/10.1186/1749-799X-7-11>

5. Chianca, V., Albano, D., Messina, C., Midiri, F., Mauri, G., Aliprandi, A., Catapano, M., Pescatori, L. C., Monaco, C. G., Gitto, S., Pisani Mainini, A., Corazza, A., Rapisarda, S., Pozzi, G., Barile, A., Masciocchi, C., & Sconfienza, L. M. (2018). Rotator cuff calcific tendinopathy: from diagnosis to treatment. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 89(1-S), 186–196. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i1-S.7022>
6. Li, C., Li, Z., Shi, L., Wang, P., Gao, F., & Sun, W. (2021). Effectiveness of Focused Shockwave Therapy versus Radial Shockwave Therapy for Noncalcific Rotator Cuff Tendinopathies: A Randomized Clinical Trial. *BioMed research international*, 2021, 6687094. <https://doi.org/10.1155/2021/6687094>
7. Louwerens, J. K. G., Sierevelt, I. N., Kramer, E. T., Boonstra, R., van den Bekerom, M. P. J., van Royen, B. J., Eygendaal, D., & van Noort, A. (2020). Comparing Ultrasound-Guided Needling Combined With a Subacromial Corticosteroid Injection Versus High-Energy Extracorporeal Shockwave Therapy for Calcific Tendinitis of the Rotator Cuff: A Randomized Controlled Trial. *Arthroscopy : the journal of arthroscopic & related surgery : official publication of the Arthroscopy Association of North America and the International Arthroscopy Association*, 36(7), 1823–1833.e1. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2020.02.027>
8. Frassanito, P., Cavalieri, C., Maestri, R., & Felicetti, G. (2018). Effectiveness of Extracorporeal Shock Wave Therapy and kinesio taping in calcific tendinopathy of the shoulder: a randomized controlled trial. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 54(3), 333–340. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04749-9>
9. Abo Al-Khair, M. A., El Khouly, R. M., Khodair, S. A., Al Sattar Elsergany, M. A., Hussein, M. I., & Eldin Mowafy, M. E. (2021). Focused, radial and combined shock wave therapy in treatment of calcific shoulder tendinopathy. *The Physician and sportsmedicine*, 49(4), 480–487. <https://doi.org/10.1080/00913847.2020.1856633>
10. Carlisi, E., Lisi, C., Dall'angelo, A., Monteleone, S., Nola, V., Tinelli, C., & Dalla Toffola, E. (2018). Focused extracorporeal shock wave therapy combined with supervised eccentric training for supraspinatus calcific tendinopathy. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 54(1), 41–47. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.16.04299-4>
11. Klüter, T., Krath, A., Stukenberg, M., Gollwitzer, H., Harrasser, N., Knobloch, K., Maffulli, N., Hausdorf, J., & Gerdesmeyer, L. (2018). Electromagnetic transduction therapy and shockwave therapy in 86 patients with rotator cuff tendinopathy: A prospective randomized controlled trial. *Electromagnetic biology and medicine*, 37(4), 175–183. <https://doi.org/10.1080/15368378.2018.1499030>

Capítulo 265

EFFECTIVIDAD DE LA PUNCIÓN SECA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL MANGUITO ROTADOR

JORGE MARTÍN DÍAZ-GUERRA

CARLOS GÓMEZ DE OLMEDO CORONA

LAURA DE PABLO MARTÍNEZ

MARIO GARCÍA MARTÍN

SERGIO MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

El manguito rotador es un grupo de cuatro músculos y sus tendones que rodean y estabilizan la articulación del hombro. Estos músculos son: el músculo supraespinoso, el infraespinoso, el redondo menor y el subescapular. El manguito rotador es importante para la movilidad y la estabilidad del hombro, permitiendo una amplia gama de movimientos en todos los planos.

Las lesiones en el manguito rotador son relativamente comunes y pueden causar dolor y limitación en los movimientos que realiza la articulación del hombro. Los puntos gatillo en el manguito rotador son una preocupación bastante común.

Los músculos del manguito rotador pueden desarrollar puntos gatillo debido a diferentes causas como: lesiones, sobreuso, estrés, tensiones crónicas... Los síntomas de los puntos gatillo del manguito rotador pueden incluir dolor agudo o

sordo en el hombro, debilidad en el brazo y dificultad para levantar objetos o realizar movimientos específicos del hombro. A menudo, el dolor se siente profundamente en el hombro y puede irradiar hacia el brazo.

El tratamiento de los puntos gatillo del manguito rotador generalmente implica terapia física, ejercicios de fortalecimiento, estiramientos, masajes y en algunos casos medicamentos para el dolor, aunque en los últimos tiempos se ha comenzado a tratar a través de la punción seca, aunque no existe una gran evidencia sobre la eficacia de este tratamiento.

La identificación y el tratamiento temprano de estos puntos gatillo son fundamentales para prevenir una mayor limitación en la movilidad y mejorar la calidad de vida de las personas.

2 Objetivos

Determinar la cantidad de literatura existente sobre el tratamiento con punción seca de los puntos gatillo del manguito rotador.

Valorar la eficacia del tratamiento con punción seca en el dolor ocasionado por la existencia de puntos gatillo en el manguito rotador.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, se procedió a realizar la búsqueda bibliográfica, para ello, utilizamos la base de datos científica Google Scholar. La búsqueda se realizó utilizando los términos “punción seca en los puntos gatillo del manguito rotador”. Tras la búsqueda se obtuvieron 520 resultados sobre los cuales tuvimos que realizar descartes; lo primero que hicimos fue filtrar la búsqueda en los artículos publicados desde 2017, tras lo cual, obtuvimos un total de 137 resultados. Haciendo un análisis exhaustivo de los resultados decidimos seleccionar aquellos artículos que valoraban específicamente el tratamiento con punción seca en el manguito rotador en comparación con otras técnicas de fisioterapia; a continuación, tras hacer un análisis de los artículos encontrados y eliminar aquellos que estuviesen duplicados se realizó una revisión con 3 de los artículos.

4 Resultados

El primer estudio analizado consistía en un ensayo clínico aleatorizado en el que se pretendía determinar la efectividad a corto y a largo plazo de la punción seca en comparación con la técnica de presión manual, en pacientes que presentaban puntos gatillo en el manguito rotador. En el estudio se incluyeron 42 participantes que eran exclusivamente mujeres y se les trató con ambos tratamientos, tanto punción seca como presión manual, 1 vez a la semana durante 4 semanas. Se les evaluaba el dolor antes del inicio del tratamiento, al finalizar el tratamiento y 3 meses después de haber finalizado. El grupo que fue sometido a punción seca inicio el tratamiento con una media de dolor de 4,70 puntos en la Escala EVA, al finalizar el tratamiento obtuvo 4,21 puntos y a los 3 meses del tratamiento la puntuación era de 3,59. El grupo sometido a presión manual inicio el tratamiento con una media de dolor de 5,86 puntos, al finalizar el tratamiento la media era de 5,38 y a los 3 meses del tratamiento la puntuación era de 4,19.

El segundo estudio analizado consistía en un ensayo clínico aleatorizado en el que el objetivo era determinar la efectividad de la realización de ejercicio físico frente a la realización de ejercicio físico complementado con punción seca en el tratamiento del dolor ocasionado por puntos gatillo miofasciales en el manguito rotador. En el estudio se incluyeron 50 participantes de ambos sexos, que se dividieron en 2 grupos y recibieron ambos tratamientos guiados por un fisioterapeuta durante 5 semanas, 1 sesión por semana; se realizaron mediciones antes del tratamiento y 3 meses después de la última sesión de tratamiento. El grupo que realizó solo ejercicios inicio con una puntuación de 6,6 en la Escala EVA y finalizó el estudio con una puntuación de 1,6; mientras que el grupo que realizó ejercicio físico en complementación con la punción seca inicio con una puntuación media de 7,2 y finalizó el estudio con una media de 1,5.

El tercer y último estudio analizado también era un ensayo clínico aleatorizado en el que se incluyeron 45 participantes de ambos sexos que fueron divididos en 2 grupos. El objetivo del estudio era determinar la eficacia del tratamiento de la punción seca en los puntos gatillo del manguito rotador frente a la eficacia de un tratamiento combinado entre la punción seca y la electroestimulación intramuscular. Ambos grupos recibieron tratamiento una sesión a la semana durante 6 semanas y se les realizaron mediciones antes de tratamiento e inmediatamente al finalizar la sexta semana de tratamiento. El grupo que recibió tratamiento combinado entre punción y electroestimulación inicio con una puntuación media de 2,95 puntos en la Escala EVA y la media tras la última sesión fue de 1,92 puntos; mientras que el grupo que solo recibió punción seca inicio con una media de 2,59

puntos y finalizó el estudio con una media de 1,67 puntos.

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar un análisis de los resultados obtenidos en los 3 estudios, la conclusión a la que se puede llegar es que la punción seca sí es un método efectivo para abordar el tratamiento del dolor ocasionado por los puntos gatillo del manguito rotador.

No obstante, no se encontraron diferencias significativas sobre su eficacia con respecto a otras técnicas de fisioterapia, pero, sí se encontraron diferencias significativas en su uso como tratamiento combinado con otras técnicas. Por lo que, se puede determinar que la punción seca es una de las técnicas que se pueden utilizar para abordar el tratamiento de los puntos gatillo del manguito rotador.

A pesar de los resultados obtenidos, se puede decir que es necesaria una mayor cantidad de literatura sobre el tratamiento de esta patología mediante la punción seca, con el objetivo de determinar la frecuencia de sesiones y su prolongación en el tiempo.

6 Bibliografía

- 1- De Meulemeester KE, Castelein B, Coppieters I, Barbe T, Cools A, Cagnie B. Comparing Trigger Point Dry Needling and Manual Pressure Technique for the Management of Myofascial Neck/Shoulder Pain: a Randomized Clinical Trial. *J Manipulative Physiol Ther.* 2017.
- 2- Arias-Buría JL, Fernández-de-las-Peñas C, Palacios-Ceña M, Koppenhaver SL, Salom-Moreno J. Exercises and Dry Needling for Subacromial Pain Syndrome: A randomized Parallel-Group Trial. *J Pain.* 2017.
- 3- Brennan K, Elifritz KM, Comire MM, Jupiter DC. Rate and maintenance of improvement of myofascial pain with dry needling alone vs. dry needling with intramuscular electrical stimulation: a randomized controlled trial. *J Man Manip Ther.* 2020.

Capítulo 266

EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN BEBÉS Y NIÑOS DE 0 A 24 MESES CON BRONQUIOLITIS AGUDA

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

DIEGO MEDINA CRESPO

1 Introducción

La bronquiolitis viral aguda es el trastorno más común y la principal causa de insuficiencia respiratoria en lactantes (< 24 meses de edad). El virus respiratorio sincitial es el patógeno más común (85%), pero otros organismos producen un cuadro clínico similar.

La enfermedad puede clasificarse como grave, moderada o leve, y para cada presentación se aplica una puntuación. La puntuación de gravedad clínica prevalece actualmente en la evaluación del tratamiento con nebulización salina hipertónica o fisioterapia respiratoria.

La bronquiolitis grave se caracteriza por retracción y sibilancias inspiratorias y espiratorias, con una frecuencia respiratoria superior a 60 respiraciones/min y SpO₂ < 90%. También pueden presentarse aleteo nasal, somnolencia y apnea; la alimentación es imposible. Se requiere hospitalización; La regla es una manipulación mínima y se necesita oxígeno, así como hidratación intravenosa y, en

algunos casos, ventilación mecánica. Actualmente, su tratamiento es cuidados de apoyo. Se puede utilizar ventilación no invasiva como soporte ventilatorio primario, o CPAP. En la bronquiolitis grave, la puntuación de gravedad clínica de Wang oscila entre 9 y 12.

En la bronquiolitis moderada la frecuencia respiratoria oscila entre 40 y 60 respiraciones/min y la SpO₂ entre el 90% y el 93%. Las sibilancias son principalmente espiratorias, con retracción intercostal y mala capacidad de alimentación. El oxígeno suplementario y los líquidos por vía oral son la base del tratamiento. En la bronquiolitis moderada, la puntuación de gravedad clínica de Wang oscila entre 4 y 8.

En la bronquiolitis leve, la frecuencia respiratoria es < 40 respiraciones/min, con SpO₂ ≥ 94%, sibilancias al final de la espiración y retracción mínima o nula. La alimentación es normal. La puntuación de gravedad clínica de Wang no supera los 3. Ésta es la presentación más frecuente de bronquiolitis en lactantes y la enfermedad es autolimitada.

Hasta la fecha, no existe un tratamiento específico para la bronquiolitis viral y la base del tratamiento es la atención de apoyo. Consiste en succión nasal y solución salina hipertónica al 3% nebulizada, alimentación e hidratación asistidas y suministro de oxígeno humidificado. El posible papel de cualquier enfoque farmacológico todavía se debate y hasta ahora no hay evidencia que respalde el uso de broncodilatadores, corticosteroides, fisioterapia respiratoria, antibióticos o antivirales.

En ocasiones, la adrenalina nebulizada puede resultar útil en la sala de urgencias. Al carecer de un tratamiento etiológico específico, la profilaxis y prevención, especialmente en niños con alto riesgo de infección grave, tienen un papel fundamental. Las medidas preventivas ambientales minimizan la transmisión viral en el hospital, en el ámbito ambulatorio y en el hogar.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar la eficacia de la fisioterapia respiratoria en bebés y niños menores de 24 meses con bronquiolitis aguda.

Objetivo secundario:

- Conocer las diferentes técnicas de la fisioterapia respiratoria para tratar la bron-

quiolitis.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica, se ha recopilado información a través de las bases de datos de Pubmed, SicenseDirect 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 diez años.
- Que los sujetos utilizados en los estudios fueran bebés y niños de 0 a 24 meses.

En todas las bases de datos, las palabras clave comprendían los términos de: “bronchiolitis”, “infant”, “child”, y “physical therapy”, combinándolas entre ellas utilizando los operadores booleanos “OR” y “AND”.

4 Resultados

Ninguno de los ensayos incluidos mostró un beneficio significativo de cualquiera de las técnicas de fisioterapia respiratoria en el cambio de la gravedad de la bronquiolitis aguda, los parámetros respiratorios, la duración de la estancia hospitalaria o las necesidades de oxígeno en esta población.

Un ensayo encontró mejoras transitorias inmediatas en la puntuación respiratoria en pacientes con bronquiolitis moderada que recibieron técnicas de espiración lenta. Los ensayos incluidos no informaron eventos adversos graves. En algún caso se informó un riesgo significativo de vómitos (cociente de riesgos [RR] > 10) e inestabilidad respiratoria (RR > 5) en niños que recibieron fisioterapia con técnica de exhalación pasiva aumentada y tos asistida, mientras que no hubo complicaciones relacionadas con la fisioterapia, y hubo pocas complicaciones relacionadas con la gravedad de la bronquiolitis en ensayos que aplicaron técnicas de espiración lenta prolongada (ELPr).

En un estudio reciente, en el que se realizó fisioterapia en todos los pacientes, se observó una menor necesidad de ingreso en la UCI y soporte ventilatorio, en comparación con los datos informados anteriormente.

Algunos estudios informaron que la fisioterapia no debe indicarse en la bronquiolitis aguda, porque las maniobras de limpieza bronquial pueden provocar

agitación en el niño, provocando hipoxemia y desencadenando broncoespasmo. Por otro lado, estudios han reportado que la fisioterapia causa gran beneficio en estos niños, promoviendo una disminución de la estancia hospitalaria y evitando la necesidad de soporte ventilatorio.

La literatura también compara diferentes intervenciones, como golpecitos y vibraciones, asociadas al drenaje postural, y no indica beneficios en el curso clínico de la enfermedad. Sin embargo, estudios franceses demostraron beneficios en la eliminación de secreciones mediante la técnica de aceleración del flujo espiratorio (EAF), además de las intervenciones mencionadas anteriormente. EAF potencia la fisiología pulmonar normal a través de cambios en los flujos de aire, promoviendo la limpieza bronquial y la homogeneización de la ventilación pulmonar.

Durante el análisis del cuestionario aplicado a los padres/tutores, se observó una reducción inmediata de la dificultad respiratoria después de la fisioterapia torácica, y este beneficio fue evidente. A pesar de la falta de evidencia científica sobre los efectos de la fisioterapia torácica en pacientes con bronquiolitis aguda, en varios centros se han solicitado técnicas de aclaramiento bronquial para tratar a estos pacientes, debido a la mejora de los síntomas respiratorios y la reducción de las complicaciones pulmonares observadas en la práctica clínica. Estas técnicas se recomiendan en casos de obstrucción bronquial por secreciones.

En la aplicación diaria de técnicas de fisioterapia se identifica una reducción más rápida de los síntomas respiratorios y clínicos, como disminución de la fiebre y disnea, aumento del apetito, mejoría de la auscultación pulmonar y tos. En un estudio se observaron respuestas satisfactorias en cuanto a los efectos de la fisioterapia en la mayoría de los ítems evaluados por los padres/tutores. Todos los pacientes mejoraron la respiración después de la intervención de fisioterapia. Se observó una pequeña diferencia entre los pacientes que mostraron o no mejoras en la alimentación y el estado de ánimo, pero sin significación estadística.

Otro estudio ha demostrado que la intervención de fisioterapia respiratoria restableció los patrones de modulación respiratoria en niños hospitalizados al mejorar el equilibrio autónomo cardíaco. Este hecho se observó después de la aplicación de fisioterapia respiratoria y 40 minutos después de la succión nasotraqueal. La mejora en la modulación autónoma en ambas situaciones supuestamente se debió al movimiento de las secreciones y a la mejora de la función respiratoria a pesar de que no hubo cambios significativos en ningún parámetro respiratorio, como la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno.

Se ha observado que el uso de la fisioterapia respiratoria en lactantes con bronquiolitis viral aguda es ayudar a eliminar secreciones y mejorar los índices de oxigenación. Sin embargo, existen argumentos en contra de la fisioterapia respiratoria como parte de la atención habitual de estos pacientes según el nivel de bronquiolitis causada por dificultad respiratoria, la ausencia de beneficios sustanciales comprobados y posibles efectos adversos.

Dos estudios de la revisión que tuvieron como objetivo examinar la eficacia de la fisioterapia respiratoria en niños menores de 24 meses, con bronquiolitis aguda, concluyeron que no existe evidencia suficiente que demuestre los beneficios de la fisioterapia en la reducción de la duración de la estancia hospitalaria, pero también concluyen que los estudios fueron insuficientes para definir la indicación y contraindicación de la fisioterapia respiratoria.

5 Discusión-Conclusión

No se ha demostrado que la fisioterapia respiratoria convencional (drenaje postural más técnicas de percusión y vibración) mejore la gravedad de la bronquiolitis, incluso en algunos casos se ha asociado con eventos adversos.

No se ha demostrado que la fisioterapia respiratoria mediante técnicas espiratorias pasivas orientadas al flujo (que incluyen tanto técnicas espiratorias forzadas como técnicas de flujo lento) mejore la gravedad de la bronquiolitis mediante puntuaciones clínicas, ni reduzca el tiempo de recuperación o la duración de la estancia hospitalaria en pacientes hospitalizados. Existe evidencia de alta calidad de que las técnicas de espiración forzada en pacientes graves no mejoran su estado de salud y pueden provocar eventos adversos graves. Por estas razones, no hay argumentos a favor del uso rutinario de estas técnicas como práctica clínica estándar para pacientes hospitalizados con bronquiolitis grave.

Sin embargo, existe una laguna en el conocimiento sobre los efectos de las técnicas espiratorias pasivas lentas en pacientes con bronquiolitis moderada o enfermedad positiva para el virus respiratorio sincitial. Hay pruebas de baja calidad de ensayos individuales de que las técnicas de espiración pasiva lenta podrían tener un efecto de corta duración en la reducción de las puntuaciones respiratorias en pacientes que presentan bronquiolitis moderada y en la reducción de la necesidad de suplementos de oxígeno en pacientes con VSR positivo y bronquiolitis grave.

Los hallazgos de la revisión son que existe evidencia de baja calidad de que las técnicas de flujo lento podrían inducir un alivio temporal en algunos niños y, por esta razón, llegamos a la conclusión de que, según el criterio del profesional sanitario, estas técnicas podrían considerarse en situaciones específicas para mejorar el rendimiento respiratorio.

6 Bibliografía

- Guy Postiaux, Bruno Zwaenepoel, Jacques Louis. Chest physical therapy in acute viral bronchiolitis: an updated review. *Respir Care*. 2013 Sep;58(9):1541-5.
- Marta Roqué i Figuls, Maria Giné-Garriga, Claudia Granados Rugeles, Carla Perrotta, Jordi Vilaró. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Feb 1;2(2):CD004873.
- Eugenio Baraldi, Marcello Lanari, Paolo Manzoni, Giovanni A Rossi, Silvia Vandini, Alessandro Rimini, Costantino Romagnoli, Pierluigi Colonna, Andrea Biondi, Paolo Biban, Giampietro Chiamenti, Roberto Bernardini, Marina Picca, Marco Cappa, Giuseppe Magazzù, Carlo Catassi, Antonio Francesco Urbino, Luigi Memo, Gianpaolo Donzelli, Carlo Minetti, Francesco Paravati, Giuseppe Di Mauro, Filippo Festini, Susanna Esposito, Giovanni Corsello. Inter-society consensus document on treatment and prevention of bronchiolitis in newborns and infants. *Ital J Pediatr*. 2014 Oct 24;40:65.
- Renata Remondini, Adriana Zamprônio dos Santos, Giselle de Castro, Cristiane do Prado, Luiz Vicente Ribeiro Ferreira da Silva Filho. Comparative analysis of the effects of two chest physical therapy interventions in patients with bronchiolitis during hospitalization period. *Einstein (Sao Paulo)*. 2014 Oct-Dec;12(4):452-8.
- Cynthia P Jacinto, Ada C Gastaldi, Daniela Y Aguiar, Karina D Maida, Hugo C D Souza. Physical therapy for airway clearance improves cardiac autonomic modulation in children with acute bronchiolitis. *Braz J Phys Ther*. 2013 Nov-Dec;17(6):533-40.
- G Postiaux, P Maffei, J-C Villiot-Danger, J-C Dubus. Respiratory physiotherapy in acute viral bronchiolitis in the newborn. Pro/con arguments. *Rev Mal Respir*. 2018 Apr;35(4):403-415.
- B Sterling, E Bosdure, N Stremler-Le Bel, B Chabrol, J-C Dubus. Acute bronchiolitis and chest physiotherapy: the end of a reign. *Arch Pediatr*. 2015 Jan;22(1):98-103.

Capítulo 267

FRACTURA DE CADERA EN EL ADULTO MAYOR

DIEGO MEDINA CRESPO

ELENA RAMÍREZ DE ARELLANO PORTUGUÉS

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ-VALDEPEÑAS FERNÁNDEZ

1 Introducción

La fractura de cadera es considerada una de las patologías que más morbilidad y mortalidad produce en el adulto mayor. Podemos definirla como la pérdida de continuidad en el tejido óseo de las zonas de la cabeza, cuello femoral y la región intertrocanterea. Afectan al equilibrio físico, mental, funcional y social de los pacientes. Esta patología va en aumento debido a que la población mundial cada vez está más envejecida. Se prevé que en 2050 ocurrirán un total de 6 millones de fracturas de caderas cada año en el mundo entero. Es por ello, que se necesita un tratamiento precoz para evitar el mayor número de complicaciones y secuelas. Las fracturas de cadera las podemos dividir en 2 tipos: intracapsulares y extracapsulares.

Dentro de las intracapsulares, encontramos la capital, subcapital, transcervical y basicervical. En cuanto a las extracapsulares, encontramos la intertrocanterea, subtrocantérea, de trocánter mayor y de trocánter menor.

Entre los distintos factores de riesgo, encontramos: persona mayor de 65 años, reducción de la actividad física, sexo femenino, nivel socioeconómico bajo, antecedentes de fractura de cadera, déficit de vitamina D, caídas previas, osteoporosis y polifarmacia.

La clínica común de esta patología se caracteriza por dolor en la zona inguinal, imposibilidad de cargar peso en la extremidad afectada y observación objetiva de miembro acortado y hacia rotación externa.

Existen dos tipos de tratamiento:

- Tratamiento conservador, el cual en muy pocas veces se utiliza y depende de la situación especial del paciente.
- Tratamiento quirúrgico, es el empleado la gran mayoría de veces. Los tratamientos más comunes son la osteosíntesis o la artroplastia parcial y total. El momento idóneo para la realización del tratamiento quirúrgico no debe pasar las 48 horas desde el origen de la fractura de cadera.

Existe gran evidencia científica que contrasta los beneficios de un manejo activo, precoz y multidisciplinar en la recuperación de la fractura de cadera. Todo esto incluye una cirugía temprana, una rehabilitación desde el inicio y una estabilización de posibles enfermedades presentes para, así, optimizar los resultados del paciente. En países como Perú, Chile o México, es complicado realizar estas intervenciones de manera rápida, debido a la falta de materiales al instante, la lista de espera en quirófanos o el bajo nivel sociocultural de los habitantes. En Chile, encontramos que traumatólogos reportan falta de guías clínicas que regulen los tiempos de recuperación, el tipo de cirugía o el tiempo que se tarda en ejecutar dichas intervenciones quirúrgicas.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es valorar y analizar la bibliografía actual respecto al manejo de fracturas de cadera en adultos mayores en países donde la sanidad pública está en vías de desarrollo. Concretamente, valoraremos esta situación en Perú, Chile y México.

Observar los cambios existentes cuando una fractura de cadera se trata de manera rápida y multidisciplinar y cuando los pacientes son intervenidos tras el paso de más tiempo.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática en la cual se han analizado diversos artículos en relación con el tema a tratar, encontrados a través de diferentes buscadores y bases de datos, como son: Pubmed, Scielo, Medline, Elsevier y Google académico. Para reducir

el número de artículos se han utilizado los operadores booleanos “and” y “or” y las siguientes palabras clave: fractura de cadera, adulto mayor, tratamiento.

4 Resultados

Para la realización del presente trabajo se ha realizado un análisis de diversos estudios en los que se observa la diversidad de maneras de abordar esta patología. Para ello, hemos obtenido información referente a tres países distintos donde la sanidad pública está aún en vías de desarrollo.

Como ya hemos comentado antes, la fractura de cadera genera una gran mortalidad en adultos mayores de 65 años, siendo el doble que la de las personas de la misma edad que no han sufrido fractura de cadera. Este riesgo se mantiene durante años. Se calcula que las tasas de mortalidad se encuentran entre 2 y 7% en los pacientes durante la fase hospitalaria aguda; entre 6 y 12% durante el mes posterior; y entre 17 y 33% al cabo del primer año tras la fractura.

Existen diversos factores que influyen en esta elevada mortalidad. Entre ellos encontramos la edad avanzada, el sexo masculino, la zona intertrocanterea, la falta de movilidad y fuerza previa a la fractura y la demencia.

Con el fin de evitar el mayor número de complicaciones, tales como infección de orina, neumonía o úlceras por presión, es de elevada importancia minimizar el tiempo de espera para la intervención quirúrgica. La inminente intervención quirúrgica en esta patología disminuye mucho la mortalidad, y esta aumenta conforme pasan los días desde que se produce la fractura de cadera hasta que esta es intervenida. Estudios sugieren que pacientes médicamente estables con fractura de cadera sean intervenidos en el mismo día del ingreso hospitalario o al siguiente. En México uno de los problemas por el que existen retrasos es por la falta de cirujanos y quirófanos.

En Perú, el principal problema lo encontramos a nivel económico, ya que los pacientes y familiares tienen que pagar los materiales necesarios para la intervención. En un estudio, solo un 5,3% de los pacientes fueron intervenidos en las primeras 48 horas, y un 32% lo hizo durante la primera semana. También se encuentran tiempos prolongados en el pre y postoperatorio, factor que influye en el aumento de complicaciones médicas de los pacientes.

En Chile, se realizó una encuesta a 140 traumatólogos nacionales, de los que contestaron y se tuvieron en cuenta 71. La mitad de ellos contestaron que el tiempo desde que se producía la fractura hasta la intervención era mayor de 3 días. Sin embargo, el 97% de los encuestados estimó como plazo ideal para la intervención sea en las primeras 72 horas, y el 92% está de acuerdo con la importancia del

manejo precoz del paciente para la obtención de un postoperatorio satisfactorio.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto anteriormente, la fractura de cadera en el adulto mayor es una situación clínica grave y potencialmente mortal. Se ha visto como los distintos factores de riesgo influyen en mayor o menor medida según el sistema de sanidad que tengan los pacientes. Se ha observado que el alto coste de los materiales, junto con la poca financiación de estos por partes de los estados, lleva a grandes tiempos de preoperatorios, que, a consecuencia, aumentará la estancia hospitalaria y las probabilidades de desarrollar complicaciones médicas, incluso pudiendo llegar a la muerte. Un tratamiento quirúrgico en los primeros días tras la hospitalización aumenta las probabilidades de éxito y de recuperación plena del paciente. Así como una rehabilitación adecuada, desde el primer día tras la operación, obtendrá mayor probabilidad de que el paciente vuelva al estado físico previo a la fractura de cadera.

Se deberá trabajar en la línea de facilitar el acceso a toda la población sobre este tipo de tratamientos, para que un buen trabajo multidisciplinar pueda trabajar de manera precoz y que en un futuro la morbilidad y la mortalidad de esta patología sea mucho menor, ya que se prevé en un futuro que los adultos mayores con fractura de cadera sea mucho mayor.

6 Bibliografía

1. Rueda G, Tovar J, Hernández S, Quintero D, Beltrán C. Características de las fracturas de fémur proximal. *Reper-torio De Medicina y Cirugía*. 2017;26(4):213-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reper.2017.09.002>.
2. Kim Edward L, Herbert LM, Leanne LL. Hip Fracture: Diagnosis, Treatment, and Secondary Prevention. *American Family Physician Am Fam Physician*. 2014 Jun 15;89(12):945-51.
- Sobolev B, Guy P, Sheehan KJ, et al. Mortality effects of timing alternatives for hip fracture surgery. *CMAJ*. 2018;190(31):923-30. doi: 10.1503/cmaj.171512.
3. Fernández MA, Griffin XL, Costa ML. Management of hip fracture. *Br Med Bull*. 2015 Sep;115(1):165-72. doi: 10.1093/bmb/ldv036. Epub 2015 Aug 26.
4. Negrete Corona J, Alvarado Soriano JC, Reyes Santiago LA. Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años. Estudio de Casos y controles. *Acta Ortopédica Mexicana*. 2014;28(6):352-62. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/actaortopedica>.

5. Desai SJ, Patel J, Abdo H, Lawendy AR, Sanders D. A comparison of surgical delays in directly admitted versus transferred patients with hip fractures: opportunities for improvement? *Can J Surg.* 2014;57(1):40-3. doi:10.1503/ cjs.002613.
6. Pincus D, Wasserstein D, Ravi B, et al. Reporting and evaluating wait times for urgent hip fracture surgery in Ontario, Canada. *CMAJ.* 2018;190(23):E702-E709. doi:10.1503/ cmaj.170830
- Sobolev B, Guy P, Sheehan KJ, et al. Mortality effects of timing alternatives for hip fracture surgery. *CMAJ.*
7. World Health Organization (WHO). Prevention and management of osteoporosis, EB11413, 2004. Geneva: WHO; 2004.
8. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Prevention and management of hip fracture in older people: a National Clinical Guideline. Edinburgh, UK: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2002.
9. Avellana J, Ferrández L. Guía de la buena práctica clínica en geriatría: anciano afecto de fractura de cadera. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica, Elsevier Doyma; 2007.
10. Muñoz G, Lavanderos F, Vilches A, Delgado M, Cárcamo H, Passalacqua H, et al. Fractura de cadera. *Cuad Cir.* 2008;22:73-81.
11. Siegmeth AW, Gurusamy K, Parker MJ. Delay to surgery prolongs hospital stay in patients with fractures of the proximal femur. *J Bone Joint Surg Br.* 2005;87(8):1123-6.
12. Qaseem A, Snow V, Fitterman N, Hornbake E, Lawrence V, Smetana G, et al. Risk assessment for and strategies to reduce perioperative pulmonary complications for patients undergoing non cardiothoracic surgery: a guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2006;144(8):575-80.
13. Siu CW, Sun NC, Lau TW, Yiu KH, Leung F, Tse HF. Preoperative cardiac risk assessment in geriatric patients with hip fractures: an orthopedic surgeons' perspective. *Osteoporos Int.* 2010;21(Suppl4):S587-91.
14. Hay D, Parker MJ. Hip fracture in the immobile patient. *J Bone Joint Surg Br.* 2003;85(7):10379.
- McLaughl M, Orosz G, Magaziner J, Hannan E, McGinn T, Morrison R, et al. Pre-operative status and risk of complications in patients with hip fracture. *J Gen Intern Med.* 2006;21(3):219- 25.
15. Rodríguez P, Adarraga D, Carpintero P. Effects of delayed hip fracture surgery on mortality and morbidity in elderly patients. *Clin Orthop Relat Res.* 2011;469(11):3218-21.
16. Abbas K, Umer M, Askari R. Preoperative cardiac evaluation in proximal fe-

mur fractures and its effects on the surgical outcome. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2012;46(4):250-4.

17. AO Foundation. Müller AO Classification of Fractures—Long Bones. Switzerland: Grupo AO Trauma de la AO Foundation; 2010.

18. Villon J, Pecho L. Valoración geriátrica integral y aspectos perioperatorios en ancianos hospitalizados con fractura de cadera por caída [Tesis doctoral]. Lima: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.

19. Pérez-Ochagavía F, Pedro J, Cabo A, Blanco J, Borrego D, Zan J. Estudio epidemiológico de las fracturas proximales del fémur en una población mayor de 69 años durante los años 2000-2001. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2004;48(2):113-21.

20. Amigo P, Reguera R, Castañeda C, Rodríguez M. Estudio de la estadía hospitalaria en pacientes operados de fractura de cadera. *Rev Med Electron.* 2005; 27(4):e3.

21. Simunovic N, Devereaux PJ and Bhandari M. Surgery for hip fractures: Does surgical delay affect outcomes? *Indian J Orthop.* 2011;45(1):27-32.

22. Amigo P, Rodríguez M. Complicaciones intrahospitalarias de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. *Rev Med Electron.* 2008;30(5):e1.

23. Lo IL, Siu CW, Tse HF, Lau TW, Leung F, Wong M. Wong. Preoperative pulmonary assessment for patients with hip fracture. *Osteoporos Int.* 2010;21(Suppl 4):S579-86.

24. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Management of hip fractures in the elderly. Evidence- based Clinical Practice Guideline. First Edition. Rosemont, IL: AAOS; 2014.

Capítulo 268

EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE FISIOTERAPIA EN MUJERES QUE SUFREN DE ENDOMETRIOSIS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

ALONSO SÁNCHEZ CARABIAS

JOSE ALEXANDER MARTINEZ MARTINEZ

BLANCA ESTHER HERRERA CÁRDENAS

MARINA LEYVA ALARCÓN

MARTA BAYO AGUSTÍN

1 Introducción

La endometriosis también es un factor de riesgo de neoplasia, también es un factor de riesgo de neoplasia, incluido el carcinoma endometrial o de células claras que surge con mayor frecuencia dentro de las lesiones endometriósicas (1).

La endometriosis es una afección ginecológica benigna en la que las células ectópicas similares al endometrio se encuentran fuera de la cavidad uterina (2).

La afectación afecta hasta el 10 por ciento de las mujeres en edad fértil y hasta el 70 por ciento son sintomáticas (3). Otras condiciones asociadas con la endometriosis incluyen síndrome del intestino irritable, síndrome de vejiga dolorosa, dolor abdominal, migraña, pérdida de calidad de vida y fatiga (4).

La endometriosis afecta aproximadamente a 700.000 australianos, con un coste para el país de 7.700 millones de dólares (5). La presentación de la endometriosis varía ampliamente, sin una asociación clara entre la extensión de la enfermedad y la gravedad de los síntomas, lo que destaca el papel de factores complejos más allá de la enfermedad o patología orgánica. Los afectados suelen informar dolor pélvico, deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud, fatiga y más del 50 por ciento experimenta ansiedad y depresión (6).

Históricamente, la endometriosis ha sido poco reconocida y poco tratada, debido a la variabilidad de los síntomas, la dependencia de la cirugía para el diagnóstico y el estigma y los tabúes culturales que crean barreras para hablar sobre la menstruación(7).

La fisioterapia es un tratamiento conservador que puede conseguir a través del ejercicio terapéutico grandes mejoras y aliviar la sintomatología producida por la endometriosis en pacientes que sufren esta patología. Sin embargo, a día de hoy existen pocas revisiones que hablen sobre la importancia de la fisioterapia en la patología de la endometriosis.

2 Objetivos

Estudiar y analizar a través de una búsqueda bibliográfica por la literatura científica los últimos avances de la fisioterapia y sus resultados en pacientes que sufren endometriosis.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos (PubMed, Pedro, y Google académico). En las que se utilizaron las palabras clave ("endometriosis" and "treatment" and "physiotherapy").

Se filtró el tipo de búsqueda en artículos que cumpliesen los requisitos de inclusión.

Los criterios de inclusión para el estudio eran la búsqueda de bibliografía científica en la cual el estudio analizado contemplase el tratamiento de fisioterapia en pacientes que sufran endometriosis. El filtro de búsqueda se realizó en estudios que no superasen los diez años de antigüedad

4 Resultados

En el primer artículo analizado “Effect of physical activity and exercise on endometriosis-associated symptoms: a systematic review” en este artículo no se pudo determinar el efecto de la actividad física y el ejercicio como tratamientos para los síntomas asociados a la endometriosis debido a limitaciones significativas de los estudios incluidos. Las investigaciones futuras deben basarse en ensayos clínicos de alta calidad metodológica, que midan e informen resultados centrales relevantes como el dolor, las mejoras en los síntomas y la calidad de vida, y la aceptabilidad y satisfacción desde la perspectiva de los pacientes. Además, estos resultados deben medirse utilizando herramientas confiables y validadas. Por lo que no se pudieron sacar datos significativos en cuanto a la importancia clínica (8).

En el segundo artículo analizado “Benefits of physical therapy in improving quality of life and pain associated with endometriosis: A systematic review and meta-analysis” obtuvo los siguientes resultados: el metanálisis incluyó seis estudios. Se obtuvieron resultados significativos para la intensidad del dolor (diferencia de medias estandarizadas [DME] -0,89; intervalo de confianza [IC] del 95%: -1,21 a -0,57; I 2 69%) y en cuanto a la calidad de vida, solo se obtuvieron resultados significativos para la subfunción física variable (DME -1,49; IC del 95%: -2,88 a -0,10; I 2 95%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el resto de variables analizadas. En conclusión, las terapias conservadoras no farmacológicas son una opción terapéutica para mujeres con endometriosis para mejorar la intensidad del dolor y la función física (9).

En el tercero artículo analizado “Transperineal Ultrasound Visual Feedback Assisted

Pelvic Floor Muscle Physiotherapy in Women With Deep Infiltrating Endometriosis and Dyspareunia: A Pilot Study” Se realizó un estudio prospectivo con el objetivo de evaluar los efectos de la fisioterapia del suelo pélvico entre mujeres con endometriosis infiltrante profunda (EED) y dispareunia asociada. En la evaluación inicial, la dispareunia superficial y profunda se evaluó mediante una escala de calificación numérica y el área del hiato del elevador (LHA) se evaluó con ecografía transperineal 3-

D/4-D. Las mujeres se sometieron a cinco sesiones individuales de fisioterapia del suelo pélvico asistida por retroalimentación visual por ultrasonido. Un mes después de la terapia, se reevaluaron la dispareunia y la LHA y se compararon con los datos previos a la terapia. La fisioterapia del suelo pélvico parece mejorar

la dispareunia tanto superficial como profunda y la relajación de los músculos del suelo pélvico en mujeres con DIE (10).

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos de la literatura científica y analizada los artículos seleccionados que cumplieran con los criterios de inclusión, hemos llegado a la conclusión que el tratamiento de fisioterapia en pacientes que sufren endometriosis puede mejorar y aliviar sintomatología así como mejorar la funcionalidad de los pacientes.

Sin embargo, a día de hoy sigue siendo escasa la cantidad de ensayos clínicos que evidencien el papel de la fisioterapia en pacientes que sufren de endometriosis. Creemos que es de vital importancia que sigan realizándose ensayos clínicos centrándose en los efectos que produce el ejercicio terapéutico en paciente con endometriosis, así como revisiones sistemáticas con metanálisis para actualizar guías clínicas y afirmar la evidencia científica del tratamiento de fisioterapia en pacientes con endometriosis.

6 Bibliografía

1. Piketty M., Chopin N., Dousset B., Millischer-Bellaische A.E., Roseau G., Leconte M., Borghese B., Chapron C. Preoperative Work-up for Patients with Deeply Infiltrating Endometriosis: Transvaginal Ultrasonography Must Definitely Be the First-Line Imaging Examination. *Hum. Reprod.* 2009;24:602–607.
2. Viganò P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2004;18:177–200. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2004.01.007.
3. De Graaff AA, D’Hooghe TM, Dunselman GA, Dirksen CD, Hummelshoj L, Consortium WE, et al. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Hum Reprod.* 2013;28:2677–2685.
4. Affaitati G, Costantini R, Tana C, Cipollone F, Giamberardino MA. Co-occurrence of pain syndromes. *J Neural Transm.* 2020;127:625–646.
5. Commonwealth of Australia. National action plan for endometriosis. Canberra: Commonwealth of Australia; 2019.
6. Gambadauro P, Carli V, Hadlaczky G. Depressive symptoms among women with endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2019;220:230–41.

7. Bush D, Evans S, Vancaillie T. The \$6 Billion Woman and the \$600 Million Girl: Australian and New Zealand College of Anaesthetists; 2011.
8. Tennfjord MK, Gabrielsen R, Tellum T. Effect of physical activity and exercise on endometriosis associated symptoms: a systematic review. *BMC Womens Health*. 2021 Oct 9;21(1):355.
9. Abril-Coello R, Correyero-León M, Ceballos-Laita L, Jiménez-Barrio S. Benefits of physical therapy in improving quality of life and pain associated with endometriosis: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023 Jul;162(1):233-243.
10. Del Forno S, Arena A, Alessandrini M, Pellizzzone V, Lenzi J, Raimondo D, Casadio P, Youssef A, Paradisi R, Seracchioli R. Transperineal Ultrasound Visual Feedback Assisted Pelvic Floor Muscle Physiotherapy in Women With Deep Infiltrating Endometriosis and Dyspareunia: A Pilot Study. *J Sex Marital Ther*. 2020;46(7):603-611.

Capítulo 269

FISIOTERAPIA EN FRACTURA DE FÉMUR EN PREADOLESCENTE. AFECTACIÓN DE FISIS DISTAL

JOSE ALEXANDER MARTINEZ MARTINEZ

MARTA BAYO AGUSTÍN

BLANCA ESTHER HERRERA CÁRDENAS

MARINA LEYVA ALARCÓN

1 Introducción

Durante toda la vida, nuestro cuerpo se encuentra frente a multitud de acontecimientos traumáticos que pueden marcarnos física, psíquica, social y funcionalmente en nuestro devenir. Afortunadamente, no es lo habitual. Esos percances suelen ser leves y con facilidad nuestro cuerpo los asimila sin llegar a mayores. Entre esos traumatismos, nos centraremos en las fracturas, concretamente en aquellas que afectan a miembro inferior y puntualizando en el hueso fémur. En este hueso, anatómicamente catalogado como hueso largo, podemos clasificar distintos tipos de fracturas según que porción se vea afectada. De modo que encontraremos fracturas femorales que afectan a la diáfisis, a la epífisis y cartílago de crecimiento (si se da en individuos en fase de crecimiento) o la combinación de ellas. El paciente que describimos a continuación está afectado del cartílago de crecimiento o fisis femoral distal.

En cuanto al pronóstico de la fractura, son muy importantes diversos factores. Entre ellos, la edad del paciente, partes del hueso afectadas o qué hueso está afectado, forma del trazo de fractura en cuestión o si está desplazada o no. Aquí la relevancia del caso a tratar, pues estamos hablando de una fractura que alcanza al platillo/cartílago de crecimiento o fisis ósea. También es importante tener en cuenta factores como afectación de otras estructuras adyacentes, tipo de alimentación del paciente y hábitos.

2 Objetivos

Exponer, a raíz de un caso clínico, la fisioterapia en fractura de fémur en un paciente preadolescente.

3 Caso clínico

El caso de un preadolescente de 10 años, cuando cierta tarde de verano se disponía a disfrutar junto a familiares y amigos de un rato agradable. Este se bajaba de una atracción de feria cuando un desafortunado tropiezo dio lugar a un impacto fortuito de su rodilla izquierda contra el suelo. En ese instante todo cambió, lo que parecía una leve caída, produjo un fuerte dolor en su pierna, inmediata inflamación, imposibilidad funcional e incapacidad para poder apoyarla y, por tanto, caminar. Los padres pronto acudieron a su auxilio y le trasladaron al servicio de urgencias.

Allí el doctor actúa según protocolos oportunos y acompañado de una radiografía, concluye en diagnóstico de fractura en fémur de rodilla izquierda distal sin desplazamiento, que alcanza a cartílago de crecimiento o fisis y tipifica la misma como fractura tipo I según "Salter-Harris" Le aplica inmovilización con yesos y acompaña con medidas analgésicas y antiinflamatorias con alta hospitalaria hasta próxima revisión en tres semanas. Durante ese tiempo aconseja el uso de bastones y no realizar carga con pierna afectada.

En esos días, debido a la buena vascularización de los niños, se presupone una correcta consolidación de la línea de fractura. Pero a pesar de los analgésicos y recomendaciones del doctor, el preadolescente describe dolor continuo, que no termina de desaparecer por completo en ningún momento. En la cita de control programada, cuando se disponen a retirada de yeso y realización de radiografía, se evidencia deformidad de la pierna con respecto de la contraria.

El traumatólogo, debido a la mala evolución y comentar con padres lo sucedido, decide programar cirugía de urgencia. Por diversos motivos institucionales,

mantienen hospitalizado al menor hasta disponer de quirófano, ya en la cuarta semana post-trauma. En dicha intervención, el doctor coloca dos tornillos para estabilizar el trazo de fractura y vuelve a colocar férula para mantener inmovilidad en la zona durante al menos unas semanas más. Una vez superados los protocolos post-cirugía, este es dado de alta con su correspondiente medicación y curas de incisión hasta nueva cita de control.

Transcurridas dos semanas de la cirugía y con evolución favorable según lo establecido, proceden a la retirada de férula. En este punto, el niño es derivado a rehabilitación. Encontramos al preadolescente, con inflamación importante en su rodilla lesionada, incapacidad funcional y articular severa con flexo de la misma y atrofia muscular importante. Además, muestra cicatriz muy adherida. Este acude haciendo uso de bastones para realizar marcha, en la que no hace carga de miembro inferior afectado. Además, presenta un shock psicológico considerable, mostrando miedo a cualquier tipo de terapia manual sobre él.

Una vez planteados nuestros objetivos de fisioterapia primarios y secundarios, ya descritos con anterioridad y atendiendo a razones obvias según diagnóstico, cuadro sintomatológico y signos evidentes, se inicia tratamiento. Este se va a prolongar en el tiempo, motivado principalmente por el shock psicológico que encontramos, que impide actuar correctamente sobre la movilidad en el flexo de rodilla, que a su vez condiciona la correcta marcha.

Pasados unos seis-siete meses, todos los objetivos planteados son alcanzados y el preadolescente es dado de alta en el departamento de fisioterapia. No obstante, el caso requiere continuar con controles médicos para evidenciar posibles complicaciones.

Los padres y compañeros de clase observan marcha “rara” que comentan con el doctor ya trascurrido un año en una de aquellas citas de control. Se realizan pruebas pertinentes, entre ellas una telemetría donde se evidencia dismetría en torno a dos centímetros de diferencia en relación con ambos miembros inferiores. Durante este tiempo el chico refiere ciertos problemas con su espalda que antes no apreciaba.

Bien analizado el caso y realizada sesión clínica acerca del plan a seguir, los doctores del área de traumatología concluyen en que el crecimiento óseo en fémur izquierdo se ha detenido completamente o casi por completo. De ahí la dismetría en miembros, que además va en aumento, puesto que el chaval tan sólo tiene 11 años, su crecimiento óseo no ha finalizado y que está provocando desviación importante en columna vertebral. Y que ello no será suficiente corregirlo con el uso de un alza en pierna izquierda. Por todo cuanto acontece, deciden programar cirugía sobre pierna derecha. En ella, pretenden frenar el desarrollo óseo femoral,

distal y tibial proximal mediante la implantación de placa y tornillos con abordaje interno y externo sobre fisis o cartilago de crecimiento. Se opta por esta opción, debido a que el preadolescente tiene una altura muy superior a la media en su edad y aprovechando el factor por el que su tibia derecha y levemente su fémur derecho seguirán en crecimiento. En consecuencia, intentar disminuir esa disimetría que ya supera los dos centímetros.

Realizada esta segunda intervención transcurridos en torno a catorce meses del fatal accidente y realizados los oportunos cuidados postquirúrgicos. El paciente es derivado nuevamente a fisioterapia, pues es ahora el principal objetivo obtener buena movilidad articular sobre rodilla derecha que la encontramos con bloqueo en extensión y fuerte atrofia muscular. En principio y según evolución normal, estos objetivos se alcanzarán sin problema alguno. Y pasados unos meses más, los miembros inferiores se nivelarán. Desafortunadamente, aparecen una serie de complicaciones atípicas del procedimiento que cursan con incapacidad para la flexión de rodilla, motivo por el que su marcha se ve muy condicionada.

El plan de nivelar ambos miembros está resultando eficaz y mes a mes, pasa de más de dos centímetros a reducirse hasta el centímetro y medio. Todo este tiempo se acompaña de tratamiento de fisioterapia, marcando como objetivo principal conseguir al menos una rodilla funcional intentando llegar a los 90 grados. Hecho increíblemente imposible, es tal la rigidez o bloqueo que apenas se consigue mediante tratamiento de fisio llegar a 30 grados de flexión. En ese punto y debido a las complicaciones atípicas que surgen, bajo anestesia, los doctores consiguen los 80 grados de flexión pasiva. Por motivos de precaución ante el daño/desgarro de otras estructuras adyacentes durante el procedimiento, prefieren no ir más allá.

En esta situación tan delicada, transcurridos ya dos años desde que el chaval sufre el accidente, atendiendo a la altura que tiene, que la disimetría mes a mes se reduce y que hace marcha anómala motivada por el bloqueo de rodilla. Los doctores deciden retardar en lo posible la retirada de placas y tornillos con afán de conseguir nivelación de miembros. Solo tener en cuenta que este caso tan atípico podría venir motivado por rechazo del organismo de ese material de osteosíntesis o por el hecho de que ese material altere la mecánica normal de la rodilla, provocando dolor que imposibilita el desempeño de una funcionalidad normal. Es en estos últimos meses donde el papel de fisio y Psicólogo son fundamentales, para atenuar en el día a día la frustración del paciente, que ve como compañeros y amigos desempeñan actividades que a él gustaría realizar y tan solo, por el momento puede observar.

El caso, en la actualidad, se encuentra en evolución. A la espera del mejor desen-

lace.

4 Discusión-Conclusión

Atendiendo a los protocolos de actuación médica, la fractura que afecta a la fisis o cartílago de crecimiento, teniendo en cuenta el factor de la edad, se presupone que no ha de tener mayores dificultades en su recuperación debido a la buena irrigación que por lo general presentan. Pero si esa anomalía sucede por diversas causas y en consideración de factores como el tipo de trazo que la genera, el desenlace final puede provocar consecuencias fatales para el individuo. De ahí, la importancia en ser precoces en cuanto al diagnóstico y tratamiento de posibles complicaciones.

El papel del fisioterapeuta fue fundamental para la recuperación de la movilidad completa (sobre todo en la extensión tan limitada). Además, tuvo mucha influencia para ganar el tono muscular, mejorar coordinación y equilibrio sobre miembro inferior y normalización de la marcha, cumpliéndose los objetivos marcados. Cuando surgen complicaciones en la evolución del tratamiento, que no forman parte de lo esperado, los doctores abordan y adaptan el caso a la nueva circunstancia. Del mismo modo, la función del fisioterapeuta también debe modularse a los requerimientos del caso. Por tanto, diremos que el equipo multidisciplinar debe actuar, en conjunto y precozmente, frente a las posibles complicaciones que surjan.

Destacar la capacidad de adaptación que hemos de tener en cuanto al tratamiento inicial, consecuencia de unos objetivos y la posible aparición de complicaciones, que inducirá a la modificación y modulación del tratamiento con el único fin del bienestar físico, síquico y social del paciente en todos sus aspectos.

Los tratamientos suelen atender a ciertos protocolos, que pueden verse alterados por diversos factores o complicaciones, por tanto, deben ser modificados o adaptados y será de vital importancia la vigilancia y capacidad de observación del terapeuta, que día a día aborda la evolución del paciente.

En conclusión, el fisioterapeuta en patologías de larga evolución tendrá un papel fundamental dentro del equipo multidisciplinar en el hallazgo precoz de posibles complicaciones, alcance de objetivos planteados para el tratamiento y adaptación del paciente a la nueva circunstancia que obtendrá una vez finalizado su procedimiento.

5 Bibliografía

“Introducción a la traumatología y cirugía ortopédica” Autor: Luis Munuera Editorial McGraw-Hill. Interamericana Primera edición ISBN 844860136X

“Fracturas en el cartilago de crecimiento” American Academy of Orthopaedic
<https://orthoinfo.aaos.org/es/diseases--conditions/fracturas-del-cartilago-de-crecimiento-growth-plate-fractures/>

Pring ME, Newton P, Rang M. Femoral shaft fractures. In: Rang's. Children's fractures. 3 ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2005: 181-200.

Flynn JM. Pediatric Fractures of the Femur. In: Abel FM. Orthopaedic knowledge update pediatrics 3. Ed. 2006: 271-279.

American Academy of Orthopaedics: Clinical Practice Guidelines. Treatment of Pediatric Femoral Fractures. www.aaos.org 2009.

Flynn JM, Schwend RM. Management of pediatric femoral shaft fractures. J Am Acad Orthop Surg 2004; 12(5): 347-359.

Capítulo 270

PARKINSON: CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD DEL SIGLO XXI

MANUEL ALBERTO MARTINEZ GARCIA

1 Introducción

El Parkinson es una enfermedad en la que se pierde dopamina del cuerpo estriado debido a la degeneración crónica y progresiva de las neuronas dopaminérgicas en la sustancia negra. Se caracteriza por la presencia de inclusiones eosinófilas llamadas cuerpos de Lewy en las neuronas supervivientes. Es la patología neurodegenerativa más común enfermedad. La prevalencia oscila entre 60 y 261 por 100.000 habitantes, con la mayor incidencia entre las personas de 50 a 70 años. Bajo riesgo y predisposición o factores de riesgo para la enfermedad de Parkinson. Los factores genéticos (mutaciones genéticas y antecedentes familiares), los factores ambientales y la edad avanzada son más importantes como predisposiciones o factores de riesgo. Algunos estudios señalan como factores protectores la hiperuricemia, el tabaco, el café, el té y el alcohol. En el ámbito de los factores ambientales, se ha establecido una relación entre la exposición a metales (plomo y manganeso) y, especialmente, a pesticidas.

Varios genes se han relacionado específicamente con la enfermedad de Parkinson. Se identificó por primera vez el gen de la proteína alfa-sinucleína. En la década de 1990, investigadores de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) y otros lugares estudiaron los perfiles genéticos de una gran familia italiana y tres familias griegas con enfermedad de Parkinson familiar y descubrieron que la enfermedad estaba relacionada con mutaciones en este gen. Este descubrimiento impulsó la investigación sobre el papel de la alfa-sinucleína en la enfermedad y condujo al

descubrimiento de que los cuerpos de Lewy, que se encuentran en todos los casos de la enfermedad de Parkinson.

En 2003, los investigadores que estudiaban las formas genéticas de la enfermedad de Parkinson descubrieron que en familias numerosas con la enfermedad, era causada por una triplicación del gen alfa-sinucleína normal en una copia del cromosoma 4 (un cromosoma es una estructura larga formada por proteínas). y material genético llamado ADN). Inicialmente se identificaron mutaciones en el gen LRRK2 como la causa de la enfermedad de aparición tardía en varias familias británicas y vascas. Estudios posteriores han identificado mutaciones en este gen en un pequeño número de personas con enfermedad de Parkinson esporádica, así como en otras familias con enfermedad de Parkinson.

2 Objetivos

Dar a conocer los principales aspectos a tener en cuenta en relación con la enfermedad de Parkinson.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Web of Science, Medline, Pubmed, Scopus y ScienceDirect. Se excluyeron los artículos que no priorizaron los cambios motores que ocurren en la enfermedad de Parkinson y se incluyeron las implicaciones que surgen de estos cambios.

4 Resultados

La inestabilidad postural es uno de los cambios físicos más comunes en la enfermedad de Parkinson. Se caracteriza por dificultad o incapacidad para responder a cambios en el centro de gravedad con reflejos posturales normales. Ocurre en varias etapas de la enfermedad de Parkinson, afecta el control corporal, empeora en situaciones de multitarea y se asocia con una disminución de las capacidades propioceptivas y visuales. El temblor es el síntoma motor más característico de la enfermedad de Parkinson. Hay diferentes tipos de temblores. El temblor en reposo es el síntoma temprano más común de la enfermedad de Parkinson, pero su inicio y progresión varían de un paciente a otro. Consiste en temblores involuntarios que se producen durante el reposo. La espasticidad se define como un aumento uniforme y constante de la resistencia al movimiento pasivo de la

articulación de la cabeza en todo el rango de movimiento con el paciente en una posición cómoda. Suele encontrarse en las articulaciones proximales y distales. Hay dos tipos de rigidez: "tubo de plomo" o "dentado". La braquicinesia, junto con los temblores, es un cambio motor común en la enfermedad de Parkinson. Consiste en la aparición de movimientos lentos que afectan a su inicio, velocidad y amplitud. También causa pérdida de movimientos y gestos voluntarios, disfagia, hipoxia (falta de expresiones faciales), disartria, reducción de los movimientos de las manos al caminar y reducción del parpadeo.

Las rigideces que se producen con esta enfermedad son la prueba mas contundente de acertar con el diagnóstico exacto.

5 Discusión-Conclusión

Dado que estos síntomas aparecen en diferentes etapas y con diferentes consecuencias funcionales, en base a estos cambios se puede establecer una clasificación que puede revelar el perfil clínico exacto del paciente.

A pesar de ser la enfermedad del siglo XXI hay otras de gran importancia como enfermedades degenerativas pero esta es de gran importancia por el impacto tan fuerte y consecuencias que se producen y la incidencia cada vez es mas relevante y hay cada vez mas casos que son relevantes.

6 Bibliografía

1. Li, F. y colegas. "Tai chi and postural stability in patients with Parkinson's disease." New England Journal of Medicine. February 9, 2012. Volume 366(6), páginas 511-9.
2. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Parkinson en Europa Eur Neuropsychopharmacol , 15 (2005) , págs . 473-490
3. Precisión mejorada del diagnóstico clínico de la enfermedad de Parkinson con cuerpos de Lewy. Neurología, 57(2001), págs.1497-1499.
4. Revisión sistemática de estudios de incidencia de la enfermedad de Parkinson. Mov Disord, 18(2011), págs 30-50.

Capítulo 271

LA IMPORTANCIA DEL TRIAJE HOSPITALARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

CRISTINA COLLÍA FERNÁNDEZ

LUCÍA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

EVA LLANO SORDO

ZAIDA RUIZ MARTÍN

ELVIRA GONZALEZ RUIZ

1 Introducción

El término triaje o triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar; es un método de la Medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes en cinco niveles distintos basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles⁽¹⁾ ⁽²⁾.

Los servicios de urgencias en España vienen padeciendo un aumento permanente de la demanda, de tal forma que hemos pasado de los 18 millones de urgencias en 1977 a 26,2 en 2007, hecho que dificulta la atención rápida y eficaz que se les exige. Esto es debido, al menos en parte, a la elevada utilización de los servicios de urgencias para la atención de situaciones no urgentes, según estudios hasta el 70%,

que pueden condicionar demoras en la asistencia de pacientes graves, además de generar consecuencias negativas para el conjunto del hospital, incluyendo el incremento de costes asistenciales (1).

En nuestro país, la atención urgente se lleva a cabo principalmente desde 3 niveles asistenciales: servicios de urgencias hospitalarios, servicios de emergencias extra-hospitalarios y servicios de urgencias de atención primaria; esta clasificación a cinco niveles o grados hace posible ubicar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. Se acepta, en consecuencia, que las funciones del triaje deben ser (1) (2):

1. Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.
2. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
3. Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.
4. Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
5. Aportar información sobre el proceso asistencial.
6. Disponer de información para familiares.
7. Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
8. Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

2 Objetivos

- Dar a conocer los distintos métodos de triaje realizados tanto en las urgencias hospitalarias como extrahospitalarias y los distintos niveles de prioridad según gravedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 establecen niveles de priorización en la atención. Cada nivel va a determinar el tiempo óptimo entre la llegada y la atención y cada modelo de triaje estructurado

establece cuáles son esos tiempos ideales, que varían muy poco de un modelo a otro. Los parámetros de clasificación serían los siguientes: (1) (2):

- Nivel I o rojo: precisa de la atención por el médico de forma inmediata.
- Nivel II o naranja: la atención por el médico puede demorarse 10 minutos.
- Nivel III o amarillo: la atención por el médico puede demorarse 1 hora.
- Nivel IV o verde: la atención por el médico puede demorarse 2 horas.
- Nivel V o azul: la atención por el médico puede demorarse cuatro horas.

Estos cinco niveles se establecen con base en descriptores clínicos, síntomas centinela o categorías sintomáticas, abiertas o cerradas, con o sin ayuda de algoritmos o diagramas.

Un sistema estructurado de triaje puede servir también para valorar otra serie de parámetros, como son el tiempo de estancia en urgencias, el porcentaje de ingresos en función del nivel de gravedad, las necesidades de recursos, etc. que indirectamente van a relacionarse con cada uno de los niveles de prioridad y que están estrechamente condicionados por el incremento de la demanda, la cual depende tanto de determinantes externos (afluencia) como internos (propia capacidad del servicio, demora de exploraciones, espera de cama para ingreso, espera de transporte, problemas sociosanitarios). Estos parámetros son fundamentales para orientar la gestión organizativa, económica y el funcionamiento del propio servicio de urgencias.

Actualmente, es el servicio de enfermería el que realiza la clasificación tanto en solitario como con ayuda del facultativo; aunque normalmente lo hace enfermería únicamente. Ellos son los que determinan el grado de urgencia que presenta un paciente, teniendo en cuenta los discriminantes: constantes, signos vitales anormales (estado de la piel, estado del pulso radial, frecuencia y profundidad respiratoria y somnolencia o confusión) y dolor (se dispone de una guía clínica de evaluación el dolor que permite objetivar los valores que los pacientes manifiestan); también se deben de tener en cuenta las escalas de gravedad: las escalas de Glasgow, del coma no traumático, de grados de deshidratación, de gravedad clínica de la disnea o de gravedad clínica del asma entre otras (1) (2). La escala de clasificación de pacientes contempla 52 motivos de consulta que se pueden agrupar en 5 categorías: enfermedad, lesión, niños, conducta anormal e inusual y catástrofes (3).

Unas de las emergencias que se ven más afectadas en estos últimos años son las pediátricas y las de personas mayores debido a que la población infantil aumenta, la sobre demanda de la atención hospitalaria vs la atención primaria, la facilidad acceso, baja disponibilidad del pediatra de urgencias de AP, aumento de la necesidad de soluciones inmediatas... (4).

5 Discusión-Conclusión

El triaje se ha convertido en el sello de identidad del servicio de urgencias hospitalario que lo aplica, siendo además una herramienta objetiva que permite medir, evaluar y mejorar el funcionamiento y el rendimiento de dicho servicio.

Los actuales sistemas de triaje deben ser estructurados y basados en escalas de clasificación de cinco niveles. La asignación de dichos niveles debe fundamentarse en decisiones objetivas, apoyarse en algoritmos y sistemas informáticos que automaticen estas decisiones y permitir al mismo tiempo ajustes por parte del profesional que lo realiza.

Los profesionales de enfermería han demostrado capacidad para llevar cabo el triaje, pero se valora positivamente la participación del médico en las decisiones relativas a los cuadros de mayor relevancia clínica.

El triaje debe extenderse a todos los ámbitos de la asistencia urgente y su desarrollo debe ir de la mano con el de los sistemas de información y con el de la tecnología (1).

6 Bibliografía

1. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias [Internet]. 2010 [citado 08 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000200008&script=sci_arttext
2. Triage en Atención Primaria: sistema "TAP" [Internet]. 2011 [citado 08 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://enotas.astursalud.es/-/traje-en-atenci%C3%B3n-primaria-sistema-tap->
3. Triage hospitalario y extrahospitalario. [Internet]. 2021 [citado 08 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/traje-hospitalario-y-extrahospitalario/#::text=El%20t%C3%A9rmino%20traje%20es%20un,la%20atenci%C3%B3n%20diagn%C3%B3stica%20y%20terap%C3%A9utica.>
4. TRIAJE HOSPITALARIO [Internet]. 2010 [citado 08 de septiembre de 2023]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://seup.org/pdf_public/enfermeria/traje.pdf

Capítulo 272

CÓMO PREVENIR LAS LESIONES POR PINCHAZOS DE AGUJA Y OBJETOS CORTOPUNZANTES.

ÚRSULA CANDÁS ÁLVAREZ

1 Introducción

Las lesiones por pinchazos de aguja y otros objetos cortopunzantes presentan un grave peligro en todos los entornos de atención médica. Entrar en contacto con agujas, bisturís, vidrios rotos y otros objetos contaminados exponer al personal a sangre u otros fluidos con patógenos lo que hace que este sea un riesgo grave y pueda ser mortal. Aprender a manejar estos objetos de forma segura es importante para evitar cortaduras y punciones accidentales con agujas. Este riesgo puede generarse en centros sanitarios y hospitales al manipular instrumental clínico y otros elementos cortantes o punzantes. Las lesiones producidas por agujas u otros elementos cortopunzantes son las que producen mayor preocupación. Este tipo de lesiones pueden producir infecciones graves e incluso mortales como por ejemplo el contacto con el virus de la hepatitis B, el virus de la hepatitis C o el virus de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH) y así muchos más. Debemos de tener en cuenta que la mayoría de las lesiones están relacionadas con transferir los fluidos inadecuadamente, volver a encapsular las agujas y no desechar bien los elementos.

Los daños que principalmente pueden darse son lesiones leves con heridas, cortes, desgarros, etc., o bien, lesiones graves, menos frecuentes, pero sí posibles, con pérdida o amputación de algún miembro (mano, dedos, etc.).

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la actuación para la prevención de lesiones por objetos cortopunzantes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los profesionales sanitarios son un medio indispensable y por ello deben de cuidarse para si protegerse ellos y a los demás pacientes. Para ello los personales sanitarios deben de tomar las medidas oportunas según el momento en el que se encuentren en este caso hablamos de un tema muy importante como son las lesiones por corte o pinchazos. Algunas medidas para que esto no ocurra son:

- Antes de utilizar un objeto puntiagudo se debe de saber dónde está el recipiente para desechar objetos corto punzantes y mirar que haya suficiente espacio en el recipiente para que al desechar el objeto tengamos sitio y nos resulte más fácil. También hay que tener en cuenta que el recipiente indicado para ello tiene un límite y no debemos de rebasarlo.
- No destape ni desempaque el objeto afilado hasta que sea hora de utilizarlo, nunca vuelva a tapar ni doble un objeto afilado, mantenga los dedos lejos de la punta del objeto, coménteles a las personas con quienes trabaja cuándo planea depositar el objeto o recogerlo así no habría confusión y no meteríamos la mano donde no debemos.
- Antes de utilizar envases o utensilios de vidrio, verifica su buen estado y descarta aquellos con defectos estos debe de depositarlos en contenedores específicos. Todos los elementos afectados pueden romperse sin darnos cuenta y esto tendría repercusiones si ocurre algún problema.

Los empleados deben de realizar un programa de control para que todos puedan consultarlo y así saber que hacer en cada momento por si ocurre algo. Además,

en caso de que ocurriera un problema debemos de realizar evaluaciones médicas después de la exposición para descartar que esta exposición supuso algún problema grave en nosotros.

5 Discusión-Conclusión

Todos los profesionales sanitarios se unen en equipo para que entre todos nos compenetremos de la mejor manera para que todo esté en su lugar en el momento adecuado, ya que hablando y siendo ordenado todos llegaremos al mismo fin sin ningún impedimento.

Los profesionales deben de cumplir correctamente las medidas de prevención para así evitar que se contagian de algo por no haber cumplido con las normas de prevención. Además, no solo por ellos que es muy importante para el seguimiento de una buena carrera profesional, sino que puede propagar ese problema a pacientes y personas de su estrecho contacto.

6 Bibliografía

1. https://www.arlsura.com/files/sgsst/vigilancia/biologico/elementos_cortopunzantes.pdf.
2. <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/guiabiosegl.pdf>.

Capítulo 273

HIGIENE DE MANOS Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES.

ANA MELENDRERAS COVIELLA

ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ

ANDREA FERNANDEZ SAIZ

1 Introducción

La higiene de manos es una de las prácticas más esenciales en el entorno sanitario, con un impacto profundo en la seguridad del paciente y la prevención de infecciones nosocomiales. La historia de la medicina ha demostrado que las manos pueden ser portadoras de vida, al brindar atención curativa, pero también pueden ser vehículos de enfermedad, al transportar gérmenes y microorganismos patógenos. En ningún otro lugar es esta dualidad más evidente que en el entorno de atención médica.

El acto simple de lavarse las manos o utilizar desinfectante de manos tiene el poder de salvar vidas y prevenir infecciones que de otro modo podrían propagarse rápidamente entre pacientes y personal sanitario. Sin embargo, la higiene de manos efectiva es a menudo subestimada o pasada por alto, lo que da como resultado consecuencias potencialmente devastadoras.

En este capítulo, exploraremos a fondo la importancia de la higiene de manos en el entorno sanitario. No solo consideraremos las estadísticas y los datos que respaldan su eficacia, sino que también analizaremos las barreras que a menudo obstaculizan su implementación completa.

La higiene de manos no es solo un protocolo, es una responsabilidad ética y profesional que recae en todos los que trabajan en el campo de la salud. Es un acto de cuidado hacia los pacientes y hacia uno mismo como profesional sanitario. A medida que avanzamos en este capítulo, examinaremos en detalle las mejores prácticas, los momentos críticos para realizarla y las estrategias para superar los desafíos comunes que enfrentan los profesionales de la salud.

La prevención de infecciones nosocomiales comienza en nuestras manos. A través de la higiene adecuada de las manos, podemos defender la seguridad de los pacientes y garantizar la integridad de la atención médica que brindamos.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es evaluar la efectividad de las estrategias de mejora de la higiene de manos en la reducción de las infecciones nosocomiales en entornos de atención médica.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo se basó en una extensa revisión bibliográfica y documental de fuentes confiables y actualizadas relacionadas con la higiene de manos en el entorno sanitario. Esta metodología permitió recopilar y presentar información sólida y basada en evidencia sobre la importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario, destacando su relevancia en la prevención de infecciones nosocomiales y promoviendo las mejores prácticas en este aspecto fundamental de la atención médica.

4 Resultados

La higiene de manos en el entorno sanitario ha demostrado ser una medida crítica para prevenir infecciones nosocomiales y garantizar la seguridad del paciente. Los resultados de numerosos estudios y prácticas clínicas respaldan de manera abrumadora la eficacia de esta simple pero poderosa intervención. A continuación, se presentan los resultados más destacados que subrayan la importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario.

- Reducción de infecciones nosocomiales: Uno de los resultados más significativos de la implementación rigurosa de la higiene de manos es la reducción drástica de

las infecciones nosocomiales. Estas infecciones, adquiridas en entornos de atención médica, pueden tener consecuencias graves para los pacientes, prolongar las hospitalizaciones y aumentar los costos de atención médica. Numerosos estudios han demostrado que la higiene de manos adecuada por parte del personal sanitario disminuye significativamente la incidencia de infecciones, como las infecciones del tracto urinario, las infecciones del sitio quirúrgico y las infecciones respiratorias.

- Protección de pacientes vulnerables: La higiene de manos no solo beneficia a los pacientes en general, sino que también protege a grupos de pacientes particularmente vulnerables, como aquellos con sistemas inmunológicos debilitados, pacientes pediátricos y personas mayores. Para estos grupos, una infección nosocomial puede ser devastadora y, en algunos casos, mortal. La higiene de manos es esencial para garantizar que estos pacientes reciban atención segura y de alta calidad.

- Reducción de la resistencia a los antimicrobianos: El uso indebido de antibióticos y la propagación de infecciones resistentes a los antimicrobianos son preocupaciones de salud pública cada vez mayores. La higiene de manos efectiva puede ayudar a reducir la necesidad de antibióticos al prevenir infecciones en primer lugar. Esto contribuye a preservar la eficacia de los antimicrobianos y a abordar el problema de la resistencia antimicrobiana.

- Cumplimiento con las prácticas de higiene de manos: A medida que se ha intensificado la concienciación sobre la higiene de manos, ha aumentado el cumplimiento de las prácticas adecuadas por parte del personal sanitario. La educación, la capacitación y la supervisión han demostrado ser efectivas para fomentar la adhesión a la higiene de manos, lo que a su vez ha llevado a una reducción en las infecciones nosocomiales.

- Mejora de la cultura de seguridad: La higiene de manos también ha contribuido a una mejora general en la cultura de seguridad en entornos de atención médica. Ha sensibilizado al personal sobre la importancia de los procedimientos de seguridad y ha promovido una mentalidad de equipo centrada en la seguridad del paciente.

En resumen, la higiene de manos es una medida esencial que brinda una amplia gama de beneficios en el entorno sanitario. Los resultados acumulados de investigaciones y prácticas clínicas respaldan su papel fundamental en la prevención de infecciones nosocomiales, la protección de los pacientes y la mejora de la se-

guridad en la atención médica. Es una intervención simple que tiene un impacto profundo en la salud y el bienestar de los pacientes y el personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

La higiene de manos efectiva y las estrategias de mejora relacionadas son esenciales para prevenir infecciones nosocomiales entre el personal sanitario y mejorar la seguridad del paciente en entornos de atención médica. La inversión en educación, capacitación y recursos para la higiene de manos ha demostrado ser altamente beneficiosa. Sin embargo, la vigilancia y el mantenimiento de estas prácticas son fundamentales para garantizar su continuidad y efectividad a largo plazo. La higiene de manos adecuada es una responsabilidad compartida que requiere el compromiso de todos los profesionales de la salud, pacientes y visitantes en la lucha contra las infecciones nosocomiales.

6 Bibliografía

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

Capítulo 274

USO DE CALZADO ADECUADO PARA SANITARIOS Y SU RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ

ANA MELENDRERAS COVIELLA

ANDREA FERNANDEZ SAIZ

1 Introducción

El calzado adecuado en el entorno sanitario es mucho más que una cuestión de comodidad. Es una parte integral de la seguridad laboral y la protección tanto para el personal sanitario como para los pacientes. En un entorno donde la movilidad es esencial, y donde los profesionales de la salud a menudo se enfrentan a situaciones impredecibles, la elección del calzado adecuado puede marcar la diferencia en la prevención de lesiones y la promoción de un entorno de trabajo seguro. El calzado adecuado es una consideración esencial en la prevención de riesgos laborales para los profesionales sanitarios. Estos trabajadores a menudo enfrentan condiciones de trabajo desafiantes que incluyen largas horas de pie, riesgos de derrames y exposición a agentes biológicos. El calzado inadecuado puede aumentar el riesgo de lesiones y afectar la salud a largo plazo de los trabajadores de la salud. Este capítulo se centra en la importancia del uso de calzado apropiado y su relación con la prevención de riesgos laborales en el campo sanitario.

Este capítulo se sumerge en la importancia del calzado adecuado en el ámbito sanitario. Exploraremos cómo el uso de calzado apropiado no solo garantiza la comodidad durante largas jornadas de trabajo, sino que también contribuye a la prevención de riesgos laborales. Veremos cómo el diseño, el material y las características del calzado pueden influir en la seguridad del personal de salud y, en última instancia, en la calidad de la atención al paciente.

2 Objetivos

Dar a conocer cómo el calzado adecuado puede desempeñar un papel fundamental en la prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo se basó en una revisión exhaustiva de la literatura científica y las pautas de seguridad laboral relacionadas con el uso de calzado en entornos sanitarios. Se realizaron búsquedas en bases de datos académicas y de salud, así como en documentos gubernamentales y directrices de organizaciones de salud. Los términos clave utilizados incluyeron "calzado en el ámbito sanitario", "seguridad laboral en el sector de la salud" y "prevención de lesiones laborales". La información recopilada se organizó y sintetizó para destacar los aspectos más relevantes y críticos relacionados con el uso de calzado adecuado en la prevención de riesgos laborales en el sector sanitario.

4 Resultados

El uso de calzado adecuado en el ámbito sanitario es esencial para garantizar la seguridad y el bienestar del personal de salud y, en última instancia, para mejorar la atención al paciente. A través de una revisión exhaustiva de la literatura científica y las pautas de seguridad laboral, así como la consideración de las necesidades específicas del entorno sanitario, se han extraído los siguientes resultados:

- Prevención de lesiones: El calzado adecuado desempeña un papel crucial en la prevención de lesiones laborales, incluyendo resbalones, tropiezos y caídas, que son incidentes comunes en entornos de atención médica. El diseño de suelas antideslizantes y la estabilidad proporcionada por un calzado adecuado ayudan a minimizar estos riesgos.

- **Comodidad y productividad:** El personal sanitario pasa largas horas de pie y en movimiento, lo que puede tener un impacto significativo en la comodidad y la fatiga. El uso de calzado cómodo y de apoyo mejora el bienestar de los trabajadores, lo que, a su vez, puede aumentar la productividad y la satisfacción laboral.
- **Prevención de contaminación cruzada:** El calzado adecuado en el ámbito sanitario contribuye a la prevención de la contaminación cruzada. El material resistente y fácil de limpiar evita la propagación de microorganismos y asegura la higiene en el entorno clínico.
- **Normativas y pautas de seguridad:** Las organizaciones de salud y seguridad laboral han establecido pautas específicas para el calzado en el sector sanitario. Cumplir con estas normativas es esencial para garantizar la seguridad y el cumplimiento normativo en los entornos de atención médica.
- **Inversión en salud y seguridad:** La inversión en calzado de calidad es una inversión en la salud y seguridad del personal sanitario. A largo plazo, esta inversión puede resultar en la reducción de lesiones laborales, costos médicos y bajas laborales.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito sanitario, el calzado es más que una simple elección de vestimenta; es un elemento esencial para la seguridad y el bienestar del personal de salud. Después de explorar en detalle la importancia del calzado adecuado en el entorno sanitario, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. **Seguridad Ocupacional:** El uso de calzado adecuado es esencial para prevenir lesiones en el lugar de trabajo. Un calzado diseñado específicamente para el ámbito sanitario, con suelas antideslizantes y resistencia a productos químicos, protege al personal de salud de resbalones, caídas y exposición a sustancias peligrosas.
2. **Confort y Bienestar:** El confort del personal de salud es fundamental para su desempeño y su salud en general. El calzado adecuado proporciona soporte y comodidad durante largas jornadas laborales, reduciendo la fatiga y el riesgo de lesiones músculo-esqueléticas.
3. **Prevención de Infecciones:** El calzado cerrado y resistente protege al personal de salud de exposiciones potenciales a fluidos corporales y patógenos, reduciendo

el riesgo de infecciones nosocomiales y garantizando la seguridad del paciente.

4. Cumplimiento de Normativas: El uso de calzado adecuado es esencial para el cumplimiento de regulaciones de seguridad y salud ocupacional. Cumplir con estas normativas no solo protege al personal de salud, sino que también evita sanciones y multas para las instituciones de atención médica.

5. Higiene y Profesionalismo: El calzado limpio y apropiado es un signo de profesionalismo en el ámbito sanitario. Además, contribuye a la higiene en el entorno clínico al evitar la contaminación cruzada.

En resumen, el calzado adecuado en el ámbito sanitario es una inversión esencial en la seguridad y el bienestar del personal de salud, así como en la calidad de la atención al paciente. Cumplir con las normativas, priorizar la seguridad ocupacional y garantizar la comodidad son elementos clave en la elección del calzado. La atención a estos detalles contribuye significativamente a un entorno de trabajo más seguro y una atención de calidad en el sector sanitario.

6 Bibliografía

la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). <https://osha.europa.eu>

Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)

Capítulo 275

APARATO DE RADIOLOGÍA PORTÁTIL EN URGENCIAS. RADIODIAGNÓSTICO

KAREN MILENA MOLINA DAGUER

ROCIO GARCIA HEREDIA

LAURA BARRIGA CALLE

MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ

1 Introducción

Los técnicos en radiología, son profesionales de la salud capacitados para operar y realizar estudios de radiología, incluyendo la utilización de aparatos de rayos X portátiles.

Su papel es fundamental en la obtención de imágenes médicas de alta calidad, son los encargados de garantizar la seguridad tanto del paciente como de ellos mismos durante las pruebas radiológicas.

2 Objetivos

Explicar las principales características de un aparato de radiología portátil.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación entre los diferentes libros radiológicos como el Manual de radiología para técnicos o el Manual de posiciones y técnicas radiológicas de Bontrager.

También hemos utilizado palabras claves: urgencias, aparato de rx portátil, en bases de datos como Pubmed o Google Scholar.

4 Resultados

Un aparato de rayos X portátil es un dispositivo médico diseñado para realizar radiografías en ubicaciones remotas o en situaciones donde un equipo de rayos X estacionario no es práctico. Estos dispositivos son muy útiles en entornos como hospitales, clínicas móviles, servicios de emergencias y clínicas dentales.

Es importante destacar que el manejo de un aparato de rayos X portátil debe ser realizada por personal capacitado en radiología para garantizar una exposición segura y efectiva a la radiación.

Además, el uso de estos dispositivos está sujeto a regulaciones y directrices específicas en cada país para garantizar la seguridad y la calidad de las imágenes obtenidas.

Los aparatos de rayos X en las salas de urgencias son equipos médicos esenciales que permiten a los profesionales de la salud obtener imágenes radiográficas de alta calidad en tiempo real y a gran velocidad cuando el paciente está en una situación crítica. Estas imágenes son fundamentales en la Unidad de Cuidados Intensivos para evitar el traslado del paciente a las salas de rayos.

5 Discusión-Conclusión

Los aparatos de rayos X en urgencias se utilizan para obtener imágenes de las áreas del cuerpo afectadas, como huesos fracturados, lesiones internas, obstrucciones, objetos extraños, neumonías, etc.

Este aparato es vital para evaluar lesiones traumáticas cuando el paciente requiere de una operación de urgencia y no hay tiempo para ser trasladado a las salas de rayos.

Existen procedimientos médicos mínimamente invasivos bajo guía de rayos X como la colocación de catéteres, drenajes o reducción de fracturas que son necesarios realizarlos de manera urgente.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/radiologia-con-equipo-portatil/>
- Manual de Radiología para técnicos.
- Manual de posiciones y técnicas radiológicas de Bontrager.

Capítulo 276

EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN EL ESTUDIO RADIOLÓGICO EN LA FRACTURA DE HOMBRO

KAREN MILENA MOLINA DAGUER

ROCIO GARCIA HEREDIA

LAURA BARRIGA CALLE

MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ

1 Introducción

Una fractura de hombro hace referencia a una lesión en la que uno o más huesos que componen la articulación del hombro se rompen. Entre los principales huesos que se pueden romper son:

- Clavícula: hueso largo y delgado que conecta el esternón con el acromion. Este tipo de fracturas son muy comunes, sobre todo en personas jóvenes que pueden lesionarse en actividades deportivas o sufrir alguna caída.

- Húmero: hueso largo del brazo que se conecta con la escápula en la articulación del hombro. Las fracturas de húmero proximal son consideradas como fracturas de hombro propiamente dichas.

La anatomía del hombro es compleja y se compone de varias estructuras como huesos, articulaciones, músculos, tendones y ligamentos.

El hombro es una de las articulaciones más móviles del cuerpo, ya que permite una amplia gama de movimientos.

Las fracturas de hombro pueden ser causadas por una variedad de razones, ya sean caídas, actividades físicas, accidente de tráfico o un traumatismo directo en la zona del hombro.

El tratamiento de una fractura de hombro depende de varios factores, como la ubicación y la gravedad de la fractura. Algunas fracturas pueden tratarse con inmovilización, como el uso de un cabestrillo, seguido de terapia física para restaurar la fuerza y el rango de movimiento. Otras fracturas más graves pueden requerir cirugía para realinear los fragmentos óseos y fijarlos con placas, tornillos o clavos.

2 Objetivos

- Informar sobre el procedimiento, para realizar una radiografía de hombro.
- Describir tipos de proyecciones para realizar radiografías básicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 radiografía de hombro es una de las imágenes que más se solicitan en el servicio de urgencias. Esta radiografía se toma para evaluar la estructura y salud de la articulación del hombro.

Para realizar una radiografía de hombro se necesitan unos cuantos pasos y criterios para evitar la radiación lo máximo posible.

1-Preparación: Normalmente la radiografía de hombro no necesita preparación previa, solo hay que indicar que se quite cualquier objeto metálico que pueda causar artefacto en la radiografía, y en caso de ser mujer en edad fértil preguntar si puede o no estar embarazada. En el caso de que pueda estar embarazada, comunicarlo al médico y él se encargará de enviarle la correspondiente prueba.

2-Posicionamiento del paciente: El paciente se tiene que colocar de pie mirando al frente del tubo de RX. También se puede realizar una AP neutra tumbada en la

mesa de exploración en caso de que el paciente no pueda tenerse en pie o venga con múltiples fracturas.

3-Posicionamiento de las extremidades afectadas: Para que una radiografía de hombro pueda tenerse como referencia a la hora de diagnosticar si hay o no fractura, es necesario que el técnico conozca las diferentes proyecciones de hombro. El técnico será el encargado de indicar y ayudar al paciente para que se coloque de una manera u otra.

4-Toma de la radiografía: Cuando el paciente está colocado correctamente y se le ha indicado que se quede quieto por unos segundos, se tomarán las imágenes. El técnico saldrá de la sala e inmediatamente se irá a la cabina a disparar la máquina de RX.

5- Imágenes adicionales: Normalmente, es necesario tomar imágenes complementarias desde diferentes ángulos para obtener una vista completa de la articulación del hombro.

6- Resultados: A la hora de dar un diagnóstico el técnico de rayos tiene prohibido especificar algo sobre la prueba, las imágenes se envían al médico que las ha solicitado y tanto él como el radiólogo son los responsables de dar el resultado a los pacientes o familiares.

Para obtener una evaluación completa de la articulación del hombro y sus estructuras circundantes se realizan una serie de radiografías básicas, entre las cuales son:

-Proyección Anteroposterior(AP): En la cual el paciente se coloca de pie frente al tubo de rx. El brazo se mantiene en aducción, es decir, junto al cuerpo y la palma de la mano en supinación.

-Proyección de Hombro en Perfil: En esta proyección el paciente se coloca de lado con el hombro a examinar más cercano a la máquina de rayos X. el brazo se coloca en abducción, es decir, alejado del cuerpo y en rotación interna. Esta proyección proporciona una vista lateral del hombro, por lo que permite evaluar la relación entre la cabeza del húmero y la cavidad glenoidea.

También tenemos otra proyección, la cual es muy utilizada en urgencias:

-Proyección de Escápula(Outlet en Y):El paciente se coloca de pie y gira el cuerpo, hacia el Bucky mural, el brazo lo coloca en abducción y hace una rotación externa. Esta proyección es útil para evaluar la articulación acromioclavicular y el espacio subacromial.

Como hemos dicho anteriormente, la radiografía de hombro es una de la más solicitada en el área de urgencias, sobre todo en pacientes jóvenes o ancianos, ya que son más propensos a las caídas.

5 Discusión-Conclusión

Las radiografías de hombro son pruebas muy solicitadas a la hora de ver si es necesario o no una operación o una reducción.

Los técnicos de rayos deben estar preparados ante cualquier paciente y su complejidad, ya que en la zona de urgencias pueden venir pacientes politraumatizados y tiene que tener conocimientos y aptitud, a la hora de manejar un paciente para que la radiografía tenga la mejor calidad posible y el médico/radiólogo puedan dar un diagnóstico correcto y adecuado.

Para un mejor manejo de pacientes siempre es necesario contar con ayuda de celadores, ya que nos pueden facilitar el traslado de pacientes a la mesa cuando se tratasen de pacientes no colaborativos.

En el ámbito de urgencias es crucial el trabajo en equipo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 277

EL IMPACTO DE LA TAC EN URGENCIAS. RADIODIAGNÓSTICO

KAREN MILENA MOLINA DAGUER

ROCIO GARCIA HEREDIA

LAURA BARRIGA CALLE

MARÍA LUZ SENDARRUBIAS MUÑOZ

1 Introducción

La tomografía axial o computarizada o TAC, también conocida como escáner CT, es una prueba diagnóstica que utiliza los rayos X y la tecnología informática para obtener imágenes médicas muy detalladas del interior del cuerpo humano. Esta prueba diagnóstica fue inventada en la década de 1970 y a lo largo de los años se ha convertido en una herramienta esencial dentro de la medicina.

El TAC implica el uso de un equipo especializado llamado escáner CT el cual consta de una camilla para el paciente y un anillo o tubo que contiene una fuente de rayos X y múltiples detectores. Cuando se va a realizar una prueba, el paciente se tumba en la camilla, esta se desliza hacia el anillo del escáner. El anillo gira alrededor del cuerpo, emite una serie de rayos X a través de la zona de interés a explorar. Los detectores son los encargados de recopilar la información sobre cómo los rayos X son absorbidos por los tejidos del cuerpo.

Una vez recopilada dicha información por los detectores, estas imágenes se pueden reconstruir en tres dimensiones(3D) gracias a los programas informáti-

cos, los cuales ayudan a tener una mejor comprensión de la anatomía y es más útil a la hora de diagnosticar ciertas enfermedades.

La TAC es utilizada en una gran variedad de aplicaciones médicas, entre las cuales destacan:

1-Diagnóstico de enfermedades: Ayuda en la detección y diagnóstica de numerosas afecciones médicas, ya sean tumores, fracturas óseas, enfermedades vasculares o abdominales y neurológicas. También se utilizan para detectar enfermedades pulmonares y es muy utilizada en el ámbito de urgencias debido a la gran rapidez para detectar sangrados internos que pongan en peligro la vida de los pacientes.

2-Planificación de tratamientos: La TAC permite a los médicos planificar tratamientos como la radioterapia, cirugías, entre otras.

3-Seguimiento de enfermedades: Muy útil para evaluar la evolución de enfermedades crónicas o el progreso del tratamiento.

4-Evaluación de diversos traumatismos: Permite identificar diferentes lesiones internas después de accidentes o traumas.

Esta prueba diagnóstica es potencialmente poderosa, ya que ha evolucionado la historia de la medicina por su capacidad de proporcionar diversas imágenes detalladas en tiempo real que ayuda a los médicos en el diagnóstico y tratamiento de numerosas enfermedades.

Debemos de tener en cuenta que la TAC implica la exposición a las radiaciones ionizantes, por lo que es deber del médico saber cuando es útil o no utilizarla para poder minimizar la exposición del paciente a la radiación.

2 Objetivos

- Explicar características básicas de la TAC.
- Exponer la importancia de la TAC dentro del radiodiagnóstico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 Tomografía computarizada (TAC) es una prueba diagnóstica muy valiosa que se usa con mucha frecuencia en el ámbito de emergencias y urgencias, ya que proporciona un diagnóstico rápido y precisos de diversas enfermedades.

A la hora de utilizarla en el entorno de urgencias, es muy útil para evaluar lesiones traumáticas, enfermedades graves y otras afecciones médicas que requieren atención urgente.

Alguna de las situaciones comunes en las que se puede utilizar la TAC en urgencias son:

- Traumatismos y lesiones: Esta prueba es muy eficaz para evaluar diferentes lesiones traumáticas, ya sean fracturas de hueso, lesiones en la cabeza, lesiones en la columna vertebral y lesiones en los órganos internos. Proporciona imágenes muy detalladas que ayudan a los médicos a determinar la gravedad de las lesiones y guiar el tratamiento adecuado.
- Dolor abdominal agudo: Cuando los pacientes llegan a urgencias con dolor abdominal severo y no es posible determinar la causa mediante evaluación clínica inicial, esta prueba diagnóstica puede identificar afecciones como apendicitis, obstrucción intestinal, colecistitis, diverticulitis entre otras patologías.
- Dolor torácico: A veces el dolor de torácico puede ser agudo, esta prueba permite evaluar afecciones como embolia pulmonar, neumonía, derrame pleural y otras condiciones pulmonares o cardiovasculares.
- Sangrado interno: La TAC es útil para identificar sangrado interno en casos de traumatismos, afecciones médicas graves, como aneurismas aórticos.
- Sospecha de accidente cerebrovascular (ACV): En este tipo de afección es muy útil la utilización de la TAC, ya que hay que diagnosticarla cuando más rápido posible para ver si hay hemorragia(sangrado en el cerebro) o falta de flujo sanguíneo en el cerebro(isquémico) y minimizar los daños irreversibles del paciente. A este tipo de afección se le conoce como Código Ictus, en la cual los sanitarios deben de estar preparados para poder tratar al paciente lo más rápido posible y con la mayor eficacia. El técnico de rayos debe saber actuar ante estas alertas y saber que protocolo es el indicado tras las indicaciones del radiólogo.

-Infecciones: Ayuda a identificar infecciones de diversas partes del cuerpo humano, ya sean abscesos, infecciones respiratorias graves o infecciones intraabdominales.

-Evaluación de tumores: Cuando existe cierta sospecha de lesiones benignas o malignas, la TAC es capaz de proporcionar una información detallada sobre la ubicación, tamaño y extensión de las distintas masas tumorales.

Esta prueba es bastante valiosa en este campo de la medicina, ya que tiene vital importancia en la supervivencia de los pacientes si el diagnóstico es en la etapa principal del cáncer, lo que disminuye su tasa de mortalidad.

-Evaluación de cuerpos extraños: Ante la sospecha de que un paciente ha ingerido un cuerpo extraño, la TAC puede ayudar a localizar y determinar la mejor forma de proceder, a veces también basta con una radiografía, como en el caso de los niños que muy habitual que los padres acudan a urgencias porque el pequeño o pequeña ha ingerido una moneda.

El uso de la TAC en urgencias es muy importante, por lo que el técnico debe de seguir unas pautas y protocolos. Dentro de estas pautas podemos hablar de unas cuantas.

1. Prioridad clínica: La decisión de realizar o no un TAC en urgencias siempre va a depender de la condición en la que acuda el paciente y la decisión del médico, si una afección amenaza la vida o muerte de un paciente o requiere intervención quirúrgica, siempre va a estar de manera prioritaria ante otra afección.

2. Exposición a la radiación: Según cuál sea la sospecha clínica, se debe seleccionar uno u otro protocolo de la TAC, ya que es importante minimizar al máximo la exposición de la radiación, sobre todo en pacientes en edad fértil o niños pequeños.

3. Preparación previa del paciente: El técnico y el médico son los encargados de informar al paciente sobre el procedimiento de la prueba, así como explicarle el consentimiento informado si hiciera falta, ya sea al paciente o familiares, en caso de que el paciente no pueda decidir por sí mismo.

4. Velocidad y precisión: La TAC es una prueba diagnóstica rápida y altamente precisa, ya que las imágenes se obtienen en minutos y se pueden interpretar de inmediato por los radiólogos o médicos de urgencias.

En general, el uso de esta prueba diagnóstica es muy importante en el ámbito de urgencias, puesto que es bastante rápida y efectiva a la hora de localizar afec-

ciones médicas graves o traumas severos. El técnico de rayos debe estar en constante contacto con el radiólogo y el paciente para elegir el protocolo adecuado y minimizar la exposición de la radiación al paciente cuanto sea posible.

5 Discusión-Conclusión

Después de realizar este capítulo podemos llegar a la conclusión de que la TAC se ha ido desarrollando con el paso del tiempo e implementando su importancia en el ámbito de urgencias, ya que gracias a esta prueba es posible salvar a numerosos pacientes y minimizar los daños irreversibles.

El técnico debe de estar altamente cualificado y preparado ante una urgencia médica, ya que es importante realizar el protocolo lo más rápido y eficaz posible. Debe de haber un equipo formado entre médicos, técnicos, enfermeros, auxiliares y celadores a la hora de preparar y mover a un paciente que requiere un cuidado extremo para no agravar las lesiones, como es el caso de pacientes politraumatizados.

6 Bibliografía

- Manual de radiología para técnicos.
- Radiologyinfo.org
- Libro editorial MAD para preparar oposiciones a los técnicos de rayos.

Capítulo 278

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN HIGIENE BUCODENTAL EN LA HIGIENE ORAL EN PACIENTES CON HEPATITIS.

FRANCISCA GONZÁLEZ BLESÁ

GEMMA SANCHEZ LOPEZ

FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ

SONIA GUIJARRO MORENO

NEREIDA CABEZAS BELTRÁN

1 Introducción

Un paciente con hepatitis se refiere a alguien que tiene inflamación en el hígado, generalmente causada por una infección viral, aunque también puede ser el resultado de otros factores como el consumo excesivo de alcohol, enfermedades autoinmunes o trastornos metabólicos. La hepatitis puede ser aguda, lo que significa que es una infección de corta duración, o crónica, cuando persiste durante más de seis meses.

La hepatitis viral es común y se clasifica en varios tipos, siendo los más conocidos los virus de la hepatitis A, B y C. Estos virus se transmiten a través de diferentes rutas, como la ingestión de alimentos o agua contaminada, relaciones sexuales sin

protección, o contacto con sangre o fluidos corporales infectados. Los síntomas típicos de la hepatitis incluyen fatiga, ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos), malestar abdominal y pérdida de apetito.

El tratamiento y el pronóstico de un paciente con hepatitis dependen de varios factores, incluyendo el tipo de hepatitis, su gravedad y la salud general del paciente. La hepatitis aguda a menudo se resuelve por sí sola, mientras que la hepatitis crónica puede requerir tratamiento a largo plazo para controlar la enfermedad y prevenir complicaciones graves como la cirrosis o el cáncer de hígado. La detección temprana, el manejo adecuado y el seguimiento médico regular son esenciales para garantizar el bienestar de los pacientes con hepatitis.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del técnico en higiene bucodental en pacientes con Hepatitis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 higiene bucodental desempeña un papel fundamental en la atención odontológica de pacientes con hepatitis, ya que la salud bucal está estrechamente relacionada con la salud general del individuo. Aquí se presentan las funciones clave que realiza un técnico de higiene bucodental en la higiene oral de pacientes con hepatitis:

- Evaluación y educación: El técnico realiza una evaluación exhaustiva de la salud bucal del paciente, teniendo en cuenta su historial médico, el tipo de hepatitis y cualquier tratamiento que esté recibiendo. Luego, educa al paciente sobre la importancia de una buena higiene oral y cómo mantenerla, especialmente durante el tratamiento de la hepatitis, que puede afectar las defensas naturales de la boca.

- Profilaxis dental: Realiza procedimientos de limpieza dental para eliminar la placa bacteriana y el sarro, que pueden agravar problemas bucales durante la hepatitis. Esto incluye limpieza con ultrasonido, pulido dental y fluorización para fortalecer el esmalte.
- Evaluación de la mucosa oral: Examina la mucosa oral en busca de lesiones, úlceras, hemorragias o cualquier signo de infección. El técnico debe estar atento a los posibles efectos secundarios de los medicamentos antivirales utilizados en el tratamiento de la hepatitis.
- Cuidado de encías y dientes: Instruye al paciente sobre técnicas adecuadas de cepillado y uso de hilo dental, y puede recomendar productos de higiene bucal específicos. También brinda pautas sobre una dieta saludable y la importancia de evitar el alcohol y el tabaco, especialmente en pacientes con hepatitis.
- Control de sangrado: El técnico debe ser meticuloso para evitar cualquier sangrado durante los procedimientos dentales, ya que los pacientes con hepatitis pueden tener un riesgo aumentado de contagio por contacto con sangre.
- Coordinación con el equipo médico: Colabora estrechamente con el equipo médico y el odontólogo para garantizar que el tratamiento dental sea seguro y se adapte a las necesidades del paciente con hepatitis.
- Registro y seguimiento: Lleva un registro detallado de la salud bucal del paciente y programa visitas de seguimiento para asegurarse de que la higiene oral se mantenga durante todo el tratamiento de la hepatitis.

El técnico de higiene bucodental desempeña un papel vital en la atención integral de pacientes con hepatitis, contribuyendo a mantener su salud oral y, por ende, su bienestar general. La prevención de complicaciones bucales y la educación del paciente son esenciales para garantizar una atención de calidad.

5 Discusión-Conclusión

Para brindar una atención óptima a pacientes con hepatitis y cuidar de su salud oral, como técnico en higiene bucodental, es fundamental seguir estas recomendaciones:

En primer lugar, prioriza la educación del paciente. Explícale la importancia de mantener una higiene oral rigurosa y cómo puede impactar positivamente en su

salud general. Asegúrate de que comprenda cómo cepillar y usar el hilo dental adecuadamente, así como la necesidad de evitar el consumo de alcohol y tabaco.

En segundo lugar, realiza evaluaciones regulares de su boca para detectar cualquier signo de complicaciones bucales. Si identificas lesiones, úlceras o sangrado anormal, comunícalo al odontólogo y al equipo médico para que puedan tomar medidas apropiadas.

Por último, colabora activamente con el equipo médico y el odontólogo para garantizar que los procedimientos sean seguros y acordes con la condición del paciente. Mantén un registro detallado de la atención bucodental y programa visitas de seguimiento para asegurarte de que el paciente mantenga una higiene oral adecuada durante su tratamiento.

En conjunto, estas medidas contribuirán a mantener la salud oral y general del paciente con hepatitis, mejorando su calidad de vida y bienestar.

6 Bibliografía

1. Ochoa Sanchez, A. A. (2021). Influencia de un programa educativo preventivo de salud bucal en la higiene oral, utilizando como ayuda educativa funciones teatrales.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 279

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN HIGIENE BUCODENTAL EN EL PAPEL DEL HIGIENISTA CON UN PACIENTE EPILÉPTICO.

FRANCISCA GONZÁLEZ BLESÁ

GEMMA SANCHEZ LOPEZ

FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ

SONIA GUIJARRO MORENO

NEREIDA CABEZAS BELTRÁN

1 Introducción

Un paciente epiléptico es alguien que padece epilepsia, un trastorno neurológico caracterizado por la predisposición a tener convulsiones recurrentes. Estas convulsiones son episodios repentinos y temporales de actividad cerebral anormal que pueden manifestarse de diversas formas, desde movimientos involuntarios y pérdida de conciencia hasta sensaciones extrañas o emociones intensas.

La epilepsia puede tener diversas causas, como lesiones cerebrales, predisposición genética o trastornos metabólicos. El diagnóstico y tratamiento adecuados son esenciales para gestionar la condición del paciente epiléptico. Esto puede

incluir la toma de medicamentos antiepilépticos para prevenir o reducir la frecuencia de las convulsiones.

La atención médica integral para pacientes epilépticos es fundamental para garantizar su seguridad y calidad de vida. Además de la medicación, es importante que los pacientes sigan las recomendaciones de su médico sobre hábitos de vida saludables, evitando factores desencadenantes conocidos y manteniendo un registro de sus episodios.

En situaciones de emergencia, es crucial que los cuidadores y familiares de un paciente epiléptico sepan cómo actuar para garantizar la seguridad del individuo durante una convulsión, como colocarlo de lado para evitar la aspiración de líquidos.

Un paciente epiléptico es alguien que vive con epilepsia, una condición neurológica que puede afectar significativamente su vida diaria. Con un diagnóstico y tratamiento adecuados, junto con el apoyo de profesionales médicos y familiares, muchas personas con epilepsia pueden llevar una vida plena y satisfactoria.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del técnico en higiene bucodental con el paciente epiléptico.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del técnico en higiene bucodental es fundamental en el cuidado oral de pacientes epilépticos, ya que la epilepsia puede tener un impacto en la salud bucal debido a las convulsiones y los efectos secundarios de la medicación antiepiléptica.

tica. A continuación, se describen las funciones clave del técnico en higiene bucodental en el cuidado de estos pacientes:

- Evaluación y registro: El técnico debe realizar una evaluación completa de la salud oral del paciente epiléptico. Esto incluye la revisión de su historial médico y dental, la toma de radiografías si es necesario y la identificación de posibles problemas bucodentales relacionados con la epilepsia o los efectos secundarios de los medicamentos.
- Educación y concienciación: Es esencial proporcionar al paciente y a sus cuidadores información sobre cómo la epilepsia y su tratamiento pueden afectar la salud oral. Esto incluye consejos sobre higiene bucal adecuada, como cepillado y uso de hilo dental, así como recomendaciones para evitar lesiones durante las convulsiones.
- Prevención de daños durante convulsiones: Los pacientes epilépticos pueden experimentar convulsiones imprevistas. El técnico debe aconsejar sobre cómo proteger los dientes y las encías durante una convulsión, como colocar un protector bucal suave o una almohadilla dental.
- Control de efectos secundarios de medicamentos: Algunos medicamentos antiepilépticos pueden causar efectos secundarios, como sequedad bucal o agrandamiento de las encías. El técnico debe estar atento a estos problemas y proporcionar estrategias para aliviarlos, como el uso de enjuagues bucales hidratantes.
- Tratamiento y profilaxis: Si el paciente presenta problemas dentales o periodontales, el técnico puede realizar procedimientos de limpieza dental y aplicar tratamientos profilácticos, como la aplicación de flúor o selladores, para prevenir caries y enfermedades de las encías.
- Coordinación con el equipo de atención médica: El técnico en higiene bucodental debe colaborar estrechamente con el equipo médico y el dentista del paciente epiléptico. Esta comunicación es esencial para garantizar un enfoque integral de la atención de la salud.

El técnico en higiene bucodental desempeña un papel crucial en la prevención y el manejo de problemas de salud bucal en pacientes epilépticos. Su enfoque en la educación, la prevención y la atención dental personalizada contribuye significativamente a mejorar la calidad de vida de estos pacientes y a mantener su salud oral en óptimas condiciones.

5 Discusión-Conclusión

Para proporcionar una atención de calidad a los pacientes epilépticos y mantener una buena salud oral, como técnico en higiene bucodental, aquí hay algunas recomendaciones clave:

Primero, la educación es esencial. Dedicar tiempo a explicar tanto a los pacientes como a sus cuidadores la importancia de una buena higiene oral y cómo la epilepsia y sus tratamientos pueden afectar los dientes y las encías. Proporcionar instrucciones claras sobre el cepillado adecuado, el uso de hilo dental y el enjuague bucal, y asegúrate de que comprendan cómo proteger la boca durante las convulsiones.

En segundo lugar, recomendar visitas regulares al dentista. Programar revisiones dentales periódicas es crucial para detectar y abordar problemas bucales a tiempo. Trabajar en estrecha colaboración con el dentista del paciente y asegúrate de que estén al tanto de la condición epiléptica y los medicamentos utilizados.

Además, enfatizas la importancia de mantener una dieta equilibrada y limitar el consumo de alimentos azucarados, ya que esto ayuda a prevenir la caries dental. Asegurarse de que tengan acceso a productos de higiene bucal adecuados y considera la posibilidad de proporcionar recomendaciones personalizadas según las necesidades de cada paciente.

El papel es educar, empoderar y apoyar a los pacientes epilépticos en su cuidado oral. La comunicación abierta y la colaboración con el equipo médico y dental son clave para garantizar una atención completa y mantener sonrisas saludables en esta población.

6 Bibliografía

1. Ochoa Sanchez, A. A. (2021). Influencia de un programa educativo preventivo de salud bucal en la higiene oral, utilizando como ayuda educativa funciones teatrales.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 280

TEST DE TÓXICOS EN ORINA

ÁNGELA ESCRIBANO CUARTEROS

VANESSA SERRANO LOMA

MARTA CRUZ QUESADA

CRISTINA ARÉVALO MAÑAS

INÉS SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO

1 Introducción

Los test inmunológicos rápidos de detección de tóxicos en orina son de determinación cualitativa, es decir, se utilizan para ayudar a detectar varios fármacos y drogas, incluso también para el seguimiento de medidas terapéuticas.

Este tipo de dispositivo es de diagnóstico in vitro y exclusivo de profesional sanitario. El cual nos ofrece unos resultados cualitativos preliminares.

Sin embargo, no podemos olvidar que se puede realizar un segundo análisis de verificación, algo más costoso y elaborado como una determinación cuantitativa por espectrofotometría de gases, masas o cromatografía de líquidos.

Hay que tener en cuenta las consideraciones clínicas, personales y el resultado de los exámenes cualitativos anteriores.

Este tipo de test se lleva a cabo para detectar drogas y fármacos recetados. Su positividad puede indicar que se consumió drogas recientemente, aunque algunas de ellas pueden durar incluso varias semanas en el organismo. Por lo tanto, es un examen que debe interpretarse cuidadosamente.

En algunas situaciones hay que tener en cuenta los falsos positivos, ya que existen factores de interferencia como alimentos, medicamentos recetados, etc. Para ello existen los test de detección de adulteración de la orina, este es muy importante antes de realizar el examen de tóxicos.

¿Qué puede adulterar la orina? Algún oxidante, la densidad relativa, un pH inferior a 2 y superior a 10, el nitrito, el glutaraldehído y la creatinina.

En estas situaciones observamos en la planilla un cambio de color de los resultados de adulteración.

2 Objetivos

El principal objetivo es describir la técnica/el método a llevar a cabo para detectar drogas y fármacos en orina mediante un examen cualitativo y rápido.

3 Metodología

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

4 Resultados

Recogida, preparación y almacenamiento de la muestra de orina:

- La muestra debe recogerse en un recipiente de plástico limpio y seco.
- La orina puede ser recogida en cualquier momento del día.
- Si la prueba no se realiza de inmediato, se puede almacenar de 2-8 °C durante 48 horas.
- Para un almacenamiento de la muestra a largo plazo debe congelarse a -20 °C
- Para estas muestras que están refrigeradas o congeladas, deberán llevarse a temperatura ambiente.
- Evitar congelar y descongelar más de una vez.

Almacenamiento y conservación del test en formato casete:

- Se puede almacenar a temperatura ambiente o refrigerado (2-30 °C) a una humedad normal.

- El envase debe de estar en perfecto estado y nunca utilizar pasada la fecha de caducidad.

Procedemos a describir la realización del test en formato casete:

- Retiramos el envase de aluminio y colocamos el test en una superficie plana y limpia.
- Preparamos la muestra de orina a analizar.
- La centrifugamos durante 5 minutos a 1500 r.p.m
- Transferimos 3 gotas de la muestra de orina (0.12ml aprox.) en cada pocillo.
- Activamos el cronómetro
- Leemos el resultado pasados 5 minutos, nunca excediendo de 8.

Interpretación de los resultados:

- El principio de este test en formato casete, que a simple vista parece simple, pero en su interior contiene una impresionante cadena de reacciones químicas, está basado en la migración de la tira por acción capilar, es decir, los anticuerpos libres conjugados con oro (que se encuentra en el área de inmersión) migran a lo largo del test junto con la muestra de orina.
- En el caso de un resultado negativo, estos anticuerpos conjugados alcanzarán la región de la línea de prueba, donde se encuentra inmovilizada la droga, ya que estos reconocen la droga objetiva y se unen a ella. En este caso, las partículas de oro acumuladas formarán una línea roja visible.
- En el caso de un resultado positivo, estos anticuerpos conjugados con oro saturarán los sitios de unión y no se podrán unir para formar la línea del test. Esto significa que hay una concentración superior a la línea de corte.
- En ambos casos, para indicar que el test es válido, debe aparecer siempre la línea roja de control. Esta significa que el volumen de muestra ha sido suficiente.

Parámetros a determinar en nuestro test:

- BZD: Benzodiacepinas. Son utilizadas como tranquilizantes terapéuticos. En altas dosis pueden producir somnolencia, confusión, contracciones y coma, y más raramente hipotensión, depresión respiratoria y paro cardíaco. Tomadas de forma continuada se produce una dependencia física y psicológica. La interrupción de la droga puede provocar ansiedad, sudoración, irritabilidad, alucinaciones, diarrea y convulsiones.
- AMP: Anfetaminas. Generalmente, producen euforia y un aumento del estado de alerta mental, que pueden atribuirse a sus efectos sobre las vías dopaminérgicas. Ejerce también efectos estimuladores pronunciados sobre los receptores del sistema cardiovascular y del riñón, causando pronunciados aumentos del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, palpitaciones, ansiedad, palidez, temblores y broncodilatación. Inhibe la enzima monoaminooxidasa, provocando la prolon-

gación del efecto de la adrenalina y noradrenalina, con las correspondientes secuelas neurológicas y cardiovasculares.

- MOR: Morfina. Útil como analgésico poderoso, la codeína se utiliza como analgésico ligero y antitusígeno y la heroína induce un estado placentero y eufórico, que es altamente adictivo, físico y psicológico. La vida media de la heroína por vía intravenosa es de alrededor de 3 minutos, y sus efectos duran unas 3 horas. La vida media de la morfina es de unas 3 horas.

- THC: Principal principio activo del cannabis, es la gamma-9-tetrahidrocannabinol. Es una de las drogas más antigua y más ampliamente utilizada, que altera la mente. La marihuana es una mezcla de porciones cortadas, desecadas y molidas de la planta del cáñamo. Un compuesto liposoluble que penetra fácilmente en el cerebro y puede actuar produciendo alteraciones en las nefronas. Los metabolitos del cannabis pueden detectarse en orina de 1 a 2 semanas después de la última ingestión, según la dosis y la frecuencia de la ingestión. La marihuana no parece provocar una dependencia física, pero sí tolerancia y dependencia psicológica.

- COC: Cocaína. Deriva de la planta coca. A grandes dosis produce un estado eufórico, pudiendo inducir a estados alucinatorios y un comportamiento violento. Produce retraso mental, retraso del desarrollo y una fuerte dependencia a la droga en el recién nacido, a través de la madre gestante que la consume, a la vez que malformaciones en útero. La vida media de la cocaína es de 1-2 horas.

- PCP: Fenciclidina, “polvo de ángel”. Este compuesto tricíclico tiene numerosos efectos sobre diferentes vías nerviosas. Es utilizada casi exclusivamente como droga de adicción. Los efectos fisiológicos pueden ser analgésicos y anestésicos e irónicamente, estimuladores. Las manifestaciones clínicas agudas varían desde la depresión a la euforia y pueden implicar violencia, rabia y alucinaciones auditivas y/o visuales. La acidificación de la orina aumenta el ritmo de excreción.

- BAR: Barbitúricos. Es una droga sedante y anti-convulsionante. Son liposolubles y, por lo tanto, pasan fácilmente a través de la barrera hematoencefálica. Los barbitúricos de acción corta y ultracorta producen sedación, somnolencia y sueño, pero también deterioran el juicio. A dosis más altas producen anestesia.

- MDMA: Éxtasis, 3,4-metilendioxi-metanfetamina. Actúa como estimulante y alucinógeno. Produce un efecto energizante, distorsiona la percepción sensorial y temporal. Interfiere con la capacidad del cuerpo para regular su temperatura, ya que puede llevar rápidamente a la descomposición del tejido muscular o a un desequilibrio de electrolitos (sodio), que a su vez pueden causar insuficiencia renal o una inflamación mortal del cerebro.

- MTD: Metadona. Es una droga que se fija competitivamente con la morfina a

los receptores del cerebro. Aunque puede ser adictiva, los efectos adictivos son menores que los de concentraciones equivalentes de heroína. Así pues, la administración de metadona a adictos a la heroína les permite experimentar los efectos de la heroína, pero de una forma modulada. Reduciendo su dosis, se va disminuyendo la dependencia física, pero se puede observar una adicción a la metadona. Su control se realiza, por clínicas de desintoxicación, en pacientes para valorar su tratamiento y si han recaído en el consumo de heroína.

- MET: Metanfetamina. Es un estimulante potente y altamente adictivo que afecta el sistema nervioso central. Se presenta en varias formas, se pueden fumar, aspirar, inyectar o ingerir. Sus consecuencias son negativas, incluida la adicción y un consumo compulsivo de drogas acompañado de cambios funcionales y moleculares en el cerebro.

- TCA: Antidepresivos tricíclicos. Su acción es excitadora y tienen efectos anticolinérgicos. Son utilizados frecuentemente en individuos deprimidos durante un intento de suicidio. Tienen efectos sobre el sistema nervioso central, induciendo unos efectos secundarios como somnolencia, debilidad, fatiga y letargia, y también agitación, inquietud, insomnio y confusión.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años, se ha observado un incremento en el consumo de drogas de abuso, que como consecuencia un aumento en los análisis de drogas en fluidos biológico, como herramienta de terapia.

Los métodos de ensayo utilizados para detectar, confirmar y cuantificar siguen criterios muy específicos con alta sensibilidad y precisión de los resultados.

Como citamos anteriormente, nuestro Multi Test Drug-Screen® ya descrito, es un método cualitativo, es decir, muestra la presencia de las drogas/fármacos correspondientes en la orina; pero no refleja la presencia de intoxicación, ni la frecuencia de consumición, ni la cantidad consumida. Para ello sabemos de metodologías más robustas como la inmunofluorescencia polarizada (FPIA), ensayos inmunoenzimáticos (ELISA) y radioinmunoensayos (RIA).

6 Bibliografía

1. Orozco KML, Fajardo FJU. Interferentes en la detección de drogas de abuso mediante pruebas de inmunoensayo utilizadas en toxicología clínica y forense. Ciencia Digital. 2023;7(3):59-78. doi:10.33262/cienciadigital.v7i3.2587.

2. De G C E. Evaluación del test rápido Ontrak Teststik para detectar cocaína y marihuana en muestras de orina. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692001000200011.
3. Pruebas de drogas. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/pruebas-de-drogas/>.
4. Del Patrocinio Chueca M, Del Patrocinio Chueca Rodríguez M, Quirce JFI, Pedret SV, De Bioquímica Clínica Y Patología Molecular Comité De Comunicación SE. Interferencias En La Medición de Drogas de Abuso En Orina.; 2010.

Capítulo 281

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN MICROBIOLOGÍA. REALIZACIÓN DE UROCULTIVOS

NOELIA CARRERO DEL FRESNO

ALBA HERNÁNDEZ PEREA

SELENE HERVÁS CODES

ISABEL FERNÁNDEZ PECES

MANUEL MUÑOZ REDONDO

1 Introducción

Un urocultivo es un examen de la orina que se realiza en el laboratorio de microbiología sembrando una pequeña cantidad de orina en una placa Petri con un medio de cultivo específico; su finalidad es la de determinar si hay bacterias u otros microorganismos y así conseguir diagnosticar o descartar una infección del tracto urinario y, si la hay, identificar el microorganismo que la produce. Por lo tanto, para evaluar si existe infección, se debe hacer un recuento del número de microorganismos por mililitro de orina; dicho recuento se basa en la presencia de un número significativo de bacterias:

- Si es menor de 1.000 UFC no se considera infección.
- Si es mayor de 10.000 UFC hay infección.

Los microorganismos que se estudian de forma rutinaria son: *Escherichia coli* (bacteria responsable del 80% al 90% de las infecciones del tracto urinario), *Klebsiella* spp. (la segunda bacteria responsable de las infecciones), *Enterobacter* spp., *Proteus* spp., *Staphylococcus* spp., *Serratia* spp., *Enterococcus* spp., *Candida* spp., *Acinetobacter* spp., *Pseudomonas* spp. y *Streptococo* grupo B.

Hay distintos modos para la obtención de la muestra de orina, como pueden ser:

- De micción media
- De sondaje vesical
- De niños en bolsas colectoras
- Por punción suprapúbica
- De nefrostomía

En este capítulo nos vamos a centrar en la muestra de orina de micción media, que es la recibida en el laboratorio de manera más común.

2 Objetivos

- Explicar qué es un urocultivo y para qué se realiza.
- Describir el proceso a seguir para realizar un urocultivo y los medios y condiciones necesarios para hacerlo.

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

Para realizar el cultivo de orina, se recomienda recolectar la primera orina de la mañana, desechando el primer chorro, sin embargo, el urocultivo también puede realizarse con orina obtenida en cualquier momento del día.

Para recolectar la orina correctamente se deben seguir estos pasos:

1. Lavar el área genital con agua y jabón antes de recoger la orina.

2. Alejar los labios de la vagina, en el caso de la mujer, y retraer el prepucio, en el caso del hombre, evitando así que el chorro de orina toque los genitales externos.
3. Orinar primero fuera del recipiente, descartando así el primer chorro de orina.
4. Recoger el resto de la orina en el recipiente estéril.

El recipiente con la orina debe entregarse lo antes posible en el laboratorio de microbiología para que se pueda sembrar cuanto antes y que los resultados sean más fiables, pero si no es posible realizar la siembra en el momento, o como máximo en 2 horas, se puede mantener refrigerada la muestra a 4 °C durante un máximo de 24 horas.

La orina se sembrará en la placa que corresponda, generalmente con un asa de siembra calibrada de 1 a 10 ul. Normalmente, se siembra en Agar CLED, aunque también se puede sembrar en Agar Sangre, MacConkey, Chocolate, u otros medios, pero esto dependerá del protocolo de cada laboratorio.

A la hora de escoger los medios de cultivo que se van a usar, hay que tener en cuenta las propiedades y limitaciones de cada uno:

- El agar CLED se utiliza para aislar y contar las bacterias que puedan encontrarse en la orina, favoreciendo el crecimiento de la mayoría de los patógenos urinarios e impidiendo el crecimiento de especies de *Proteus*. Pero, aunque permite proliferar los microorganismos más frecuentes que causan infección urinaria, los más exigentes no suelen crecer en este medio. También cabe destacar que lleva azul de bromotimol como indicador de pH, para diferenciar los microorganismos fermentadores de lactosa (el color del agar cambia a amarillo) y los no fermentadores (el color cambia a azul).
- El agar Sangre permite la proliferación de los patógenos más habituales y de los microorganismos más exigentes que no crecerán o lo harán con dificultad en otros medios.
- El agar Chocolate hace posible la proliferación de la mayoría de microorganismos, pero no permite ver la hemólisis.
- El agar MacConkey permite diferenciación de enterobacterias y otros bacilos gramnegativos, y también permite diferenciar entre los bacilos fermentadores y no fermentadores de lactosa.

Las placas de CLED y MacConkey se incuban en estufa a 37° C en aerobiosis durante 24 horas, mientras que las placas de Chocolate y Sangre se incuban a 37 °C en CO₂, también durante 24 horas.

Para realizar la lectura, debe observarse el aislamiento y el recuento desde 1.000 o 10.000 Unidades Formadoras de Colonias a 100.000 o más. Cuando el cultivo sale

positivo, el técnico realiza un antibiograma, para poder poner un tratamiento antibiótico adecuado para las bacterias que hayan crecido en la placa. Este proceso puede durar días, por ello es importante actuar cuanto antes.

5 Discusión-Conclusión

La finalidad de los urocultivos es la de confirmar o descartar la presencia de una infección urinaria, y conseguir identificar el microorganismo responsable de dicha infección, si la hay, ayudando a pautar el antibiótico a utilizar más adecuado. Por ello, es muy importante la labor del técnico de laboratorio, desde la recepción de la muestra, comprobando que tanto los datos como el envase de la muestra estén correctos, la siembra de la muestra, utilizando las placas que correspondan y el método más indicado de siembra, su correcta incubación, ya que en función del tipo de microorganismo que se busque, requerirá de unas condiciones específicas, y la realización del antibiograma, para poder el tratamiento adecuado.

Es muy importante realizar la técnica de siembra de manera correcta y homogénea para disminuir la variabilidad en el volumen de muestra que se inocular.

6 Bibliografía

1. <https://sampac.es/images/site/documentacion/protocolos/UROCULTIVO.pdf>
2. <http://coli.usal.es/web/abydl/orinas/urocultivo.pdf>
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003751.htm>
4. <https://www.bd.com/resource.aspx?IDX=8758>
5. <https://www.laensenadacorp.com/documentos/ApunteIII-UROCULTIVO.pdf>
6. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-25562002000100005#:text=Escherichia%20coli%20es%20el%20microorganismo,la%20identificaci%C3%B3n%20de%20bacteriuria%20significativa.
7. <https://diagnosticoencasa.com/klebsiella-pneumoniae-otro-enemigo-infeccion-de-orina/>
8. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-infeccion-del-tracto-urinario-13070731>

Capítulo 282

TEST RÁPIDO POR AGLUTINACIÓN DE PARTÍCULAS DE LÁTEX EN PORTA PARA LA DETERMINACIÓN CUALITATIVA EN SUERO O PLASMA DE MONONUCLEOSIS INFECCIOSA.

ÁNGELA ESCRIBANO CUARTEROS

VANESSA SERRANO LOMA

MARTA CRUZ QUESADA

CRISTINA ARÉVALO MAÑAS

INÉS SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO

1 Introducción

La mononucleosis infecciosa (MI) es una enfermedad aguda causada por el 80-90% del virus de Epstein-Barr (VEB) miembro del grupo de virus de herpes. El término MI fue introducido en 1920 por Sprunts y Evans describiendo sus características y síntomas y en 1932 Paul y Bunnell descubrieron el suero y la causa de su aglutinación siendo la base de un diagnóstico serológico. Los pacientes afectados presentan una linfocitosis mayor del 50% y un recuento de linfocitos atípicos mayor del 10%.

Esta infección es generalmente asintomática en menores de edad. Sin embargo, en adolescentes y adultos sí se desarrolla un cuadro sintomático con un largo período de incubación desde los 30 a 50 días. Sus síntomas pueden ser débiles, desde un dolor de cabeza, dolor de garganta, fiebre, sarpullido en la piel; hasta mucho más graves como la inflamación del bazo y la obstrucción de las vías respiratorias. Estos últimos son menos frecuentes.

La conocemos como “la enfermedad del beso” por su forma de transmisión, ya que su contagio parece darse a través de la saliva, compartiendo bebidas, alimentos, artículos de uso personal y por contacto sexual, transfusiones de sangre y trasplante de órganos. Para su determinación y diagnóstico en el laboratorio se utiliza un método cualitativo por aglutinación de partículas de látex. Éstas están sensibilizadas con membranas de eritrocitos de antígenos bovinos u ovinos.

2 Objetivos

El objetivo principal es describir la técnica que se emplea en el laboratorio para la detección cualitativa en porta por aglutinación en suero o plasma del paciente en la detección de la mononucleosis infecciosa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 muestra del paciente deber ser recogida en:

- Tubo de suero fresco, mediante centrifugación de la sangre coagulada, pudiéndose almacenar hasta un máximo de 8 días a una temperatura de entre 2-8 °C.
- Tubo de plasma, recogido con anticoagulante (EDTA) con posterior centrifugación (3500 r.p.m durante 5 minutos). Se analizaría en un plazo máximo de 24 horas a su recolección. Evitando siempre muestras hemolizadas y contaminadas.

En el kit de detección comercial se presenta con tres reactivos:

- El reactivo látex, que contiene partículas del antígeno Paul-Bunnell,
- Control positivo con IgG de conejo contra el antígeno de Paul- Bunnell.
- Control negativo, suero humano negativo diluido.

Incluye portaobjetos desechables, con sus secciones claramente diferenciadas, donde se realizará la mezcla. Su fondo tiene un color pizarra para poder visualizar mejor la aglutinación. Este kit debe almacenarse entre 2-8 °C. Los pasos son:

1. Identificamos cada sección de la tarjeta para evitar futuras confusiones (rotularemos con el número de pacientes y los controles a realizar)
2. Dosificamos tres gotas de reactivo látex, una en cada sección.
3. Enfrentaremos una gota de la muestra del paciente, otra de control positivo y la última de control negativo.
4. Mezclaremos las tres gotas, que tenemos con un palillo distinto, cubriendo toda la superficie de la sección del portaobjetos. Esta mezcla nos facilitará la futura lectura.
5. Agitamos las tres gotas en un agitador rotatorio durante 3 minutos entre 80-100 r.p.m
6. Observaremos la presencia o ausencia de aglutinación. Para ello podremos ayudarnos moviendo la tarjeta con un ligero balanceo.
7. Finalmente, nos disponemos a examinar una gota de muestra, recogida en la sección de la tarjeta, en el microscopio con objetivo de 40x para confirmar la aglutinación de leucocitos o la no aglutinación.

5 Discusión-Conclusión

La presencia de aglutinación indica que la muestra contiene anticuerpos de mononucleosis infecciosa. Esto indica un resultado positivo.

Para considerar que hemos realizado bien la prueba y que nuestro test es válido, se debe observar que en la sección del control positivo existen agregados grandes sobre un fondo blanco. Aquí se tendría una clara aglutinación y también visualizaremos ausencia de aglutinación en el control negativo. Confirmaremos siempre nuestro resultado en el microscopio, para dar un resultado más certero. También podremos observar en un hemograma que la serie blanca tiene pocos neutrófilos, mientras que los linfocitos sufren un gran aumento con evidencias polimórficas.

6 Bibliografía

- 1.C, A. F. (2003). Síndrome de mononucleosis infecciosa en pacientes adolescentes y adultos. *Revista Chilena De Infectologia*, 20(4). <https://doi.org/10.4067/s0716-10182003000400003>.
- 2.Herrera, R. G. (2019, 28 noviembre). Diagnóstico y tratamiento de la mononucleosis infecciosa. González Herrera | *Revista Cubana de Medicina*. <https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/694>.
- 3.Roca, J., Tinoco, E. L., Selma, O. C., & Yáñez, D. C. (2022). Protocolo diagnóstico del síndrome mononucleósico. *Medicine - Programa De Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(57), 3371-3374. <https://doi.org/10.1016/j.med.2022.05.025>.
- 4.Solar, M. C. (2020, 30 diciembre). Rotura del bazo espontánea en mononucleosis infecciosa: revisión de literatura a partir de un caso clínico. <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/483>.

Capítulo 283

ESTUDIO DEL SISTEMA COMPLEMENTO POR EL TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO

MARÍA DE LOS ÁNGELES RUIZ DE TORO

ANGELA LEÓN DÍAZ

FRANCISCA CÁCERES MARTÍNEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES CARMONA HERNÁNDEZ

ELENA SAAVEDRA GALLEGO

1 Introducción

El sistema complemento es un conjunto de moléculas plasmáticas que forman parte del sistema inmunitario y tienen como función potenciar la respuesta inflamatoria, lisis celular, fagocitosis y la quimiotaxis de los polimorfonucleares.

Se activa de forma secuencial y tiene tres vías de activación:

1. La vía clásica que se inicia cuando los anticuerpos se adhieren a la superficie del patógeno (formación del complejo Antígeno-Anticuerpo), solo las inmunoglobulinas IgM e IgG 1, 2 y 3 pueden activar esta vía.
2. Vía alternativa que se activa antes que la vía Clásica por la simple presencia del antígeno, directamente sobre la superficie de muchos microorganismos.
3. Vía de las lectinas, se activa por moléculas de la superficie del patógeno. La activación se produce por medio de una MBL (lectina de unión a manosa) o MBP

(proteína de unión a manosa).

Las tres vías coinciden en la formación de la C3, a partir de su activación siguen una progresión terminal de activación común con el propósito de destruir microorganismos, neutralizar virus y promover la respuesta inflamatoria.

Los componentes del complemento se nombran con la letra C seguida de un número, C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9. La mayoría de ellos son proenzimas que necesitan una rotura proteolítica para activarse (la forma activa se designa con una barra horizontal superior sobre el componente implicado y la activa colocando una i delante del componente).

Cuando un componente se divide proteolíticamente en dos fragmentos se designan colocando la denominación del componente original seguida de una b para el de mayor tamaño y a para el más pequeño (en la rotura del C3 el fragmento grande C3b y el pequeño C3a) salvo una excepción, el componente C2. Se nombra C2a al fragmento de mayor tamaño y C2b al de menor.

En la vía alternativa, los componentes se suelen nombrar como factores con una letra mayúscula (factor B, factor D, factor H, factor P).

2 Objetivos

Dar a conocer el tratamiento de las muestras y técnicas para el estudio de la actividad del sistema complemento en el laboratorio.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los componentes del complemento se pueden medir mediante técnicas para la determinación de proteínas, el complemento se puede detectar como un antígeno lo que no quiere decir que sea funcionalmente activo, se expresará como la concentración de la proteína estudiada.

Otra forma de medir los componentes del complemento es cuantificando su actividad biológica (basada en la capacidad que tiene el suero para lisar los hematíes recubiertos de anticuerpos).

La muestra utilizada para el estudio del complemento es suero sanguíneo.

Debido a la inestabilidad de algunos factores del complemento se debe considerar el almacenamiento de la muestra que va a depender de la técnica que se utilice, pero como norma general se realizará como se explica en los siguientes puntos:

- En cuanto sea posible se separará el suero del coágulo.
- Si la muestra se va a procesar antes de 6 horas desde la extracción, se dejará a temperatura ambiente.
- Si se va a realizar una determinación no funcional, se almacenará en nevera durante 24 horas a 4° C.
- Las muestras en las que se quiera estudiar la actividad del complemento y no se procesen antes de tres o seis horas el suero debe almacenarse a -70° C.
- Cuando la técnica precise diluciones deben realizarse con solución salina fría 4° C.
- Otro factor a tener en cuenta, es la reconstitución del suero control, se debe realizar con agua destilada a 4 °C.

Técnicas de estudio:

Para medir la actividad de las principales proteínas del sistema complemento se puede realizar con ensayos hemolíticos totales CH100 o CH50 que miden la actividad hemolítica del complemento que se han activado por la vía clásica (no detecta pequeños defectos).

- CH100 (técnica de inmunodifusión radial).

El suero problema produce una inmunodifusión sobre una placa de agarosa que contiene hematíes sensibilizados, el complemento difunde por la placa y cuando reacciona con los hematíes se produce la hemólisis.

Se puede realizar una inmunodifusión en frío a 4° C y después incubar a 37° C 30 o 60 minutos o hacer la difusión y la hemólisis al mismo tiempo e incubar las placas a 37°C durante 6 horas, transcurrido el tiempo necesario se lee el diámetro del halo de hemólisis y se equipara con una curva de calibración realizada con diámetros estándares de concentraciones de complemento conocidas.

- CH50.

La unidad de medida CH50 se define como el inverso de la dilución más alta (cantidad de suero necesario) para lisar el 50% de hematíes sensibilizados en condiciones estandarizadas.

La prueba detecta la hemólisis de hematíes de carnero mediada con los anticuerpos específicos de conejo en presencia del complemento tras la incubación a 37°

c durante una hora.

La hemólisis se mide por espectrofotometría (mide la hemoglobina liberada a 541nm) describiendo una curva sigmoide cuya zona central es prácticamente lineal por lo que se simboliza como CH50, en esta zona la relación de cantidad efectiva de complemento – hemolisis es más sensible a cambios mínimos.

Es una prueba de baja sensibilidad y de difícil estandarización por lo que cada laboratorio debe definir sus valores y adaptarlos a sus condiciones de trabajo.

El estudio del C3y C4 se realiza con el mismo fundamento que cualquier antígeno, inmunodifusión radial y nefelometría que mide la dispersión de la radiación que atraviesa la muestra o por turbidimetría midiendo la disminución de la intensidad del haz de luz incidente al atravesar una suspensión de partículas capaz de dispersar el haz.

Los factores como por ejemplo la properdina que se activa en la vía alternativa es un factor regulatorio positivo que se une a la superficie microbiana y estabiliza la C3, se determina por nefelometría, el inhibidor de la C1 que bloquea la ruta clásica se determina por inmunodifusión radial.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando , principalmente, esta gran labor y la importancia de este tipo de pruebas por parte del técnico superior de laboratorio.

Aunque se han desarrollado técnicas para el estudio funcional de cada componente del sistema de manera individual, son pruebas complejas y difícilmente realizables en el laboratorio de manera rutinaria, ya que es de gran gasto y se utiliza para datos bastante precisos, por lo que se hizo necesaria una prueba sencilla y funcional sobre el comportamiento del sistema de complemento a nivel global. El técnico superior de laboratorio obtendrá todos los datos necesarios dentro de la rapidez precisada por el facultativo.

6 Bibliografía

1. https://revistamedica.com/actividad-hemolitica-complemento-ch50/#google_vignette.
2. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USMP_bb54f999503b782ff1a305385ce83894.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/analisisdelcomplemento/>.
4. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-

69952016000600489.

5. Técnicas de Inmunodiagnóstico (CFGS LABORATORIO CLÍNICO Y BIOMÉDICO) por A. Gómez M. C. Cuellar.

Capítulo 284

EL TECNICO SUPERIOR DE LABORATORIO Y LA DETERMINACIÓN DE COOMBS DIRECTO Y TITULACIÓN

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 prueba del Coombs Directo (CD) o prueba de la antiglobulina directa se utiliza para detectar anticuerpos unidos a los antígenos de los hematíes; esta reacción antígeno-anticuerpo puede darse por varios motivos:

- Enfermedades autoinmunes: en las que el cuerpo crea anticuerpos contra sus propios antígenos, provocando anemias.
- Anemias inducidas por fármacos: en algunas ocasiones, pueden hacer que los anticuerpos ataquen a los antígenos.
- Incompatibilidades materno-fetales: en las que el neonato puede tener antígenos del padre que no tenga la madre, y esta produzca anticuerpos contra sus antígenos.

-Por transfusiones sanguíneas: cuanto más se haya transfundido al paciente, más riesgo hay de desarrollar anticuerpos, y se realiza el CD para detectar si ya están adheridos a los hematíes.

La realización del Coombs Directo es esencial para el diagnóstico de la anemia hemolítica autoinmune (AHAI), ya que permite:

- Demostrar la cobertura “in vivo” de los glóbulos rojos con globulinas IgG y C3d.
- Caracterizar la subclase de inmunoglobulina y determinar la fijación del complemento.

La anemia hemolítica autoinmune es un tipo de anemia hemolítica adquirida de baja incidencia, producida por anticuerpos que reaccionan contra los propios eritrocitos del paciente conduciendo a su destrucción (2).

El Coombs Directo también es esencial para determinar si hay presencia de anticuerpos IgG, que provienen del suero materno, unidos a la superficie de los eritrocitos del bebé; esto se realiza a todos los recién nacidos para descartar una enfermedad hemolítica del recién nacido (EHRN).

2 Objetivos

- Explicar una de las técnicas de inmunohematología que desarrolla el técnico de laboratorio en el banco de sangre para el estudio de pacientes con enfermedades hemolíticas o que necesitan una transfusión.
- Dar a conocer parte del trabajo del técnico de laboratorio en el banco de sangre.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación, procedemos a explicar los materiales necesarios para realizar un Coombs Directo y la titulación, en caso de salir positivo el CD, y los pasos para realizar dichas técnicas.

Materiales:

- Hematíes del paciente de una muestra anticoagulada con EDTA
- Reactivo Antiglobulina Humana poliespecífica (IgG + C3d)
- Suero salino
- Tubos de ensayo
- Pipetas
- Centrífuga
- Gradilla

Técnica:

1. Lavar 2-3 gotas de hematíes 3 veces con suero salino en un tubo.
2. Eliminar el sobrenadante.
3. Hacer una dilución al 5% con suero salino.
4. Depositar una gota de la dilución en un tubo.
5. Añadir dos gotas del reactivo antiglobulina poliespecífica IgG+C3d y mezclar.
6. Centrifugar durante 30 segundos a 3000 rpm y observar resultados.
7. Si no se produce aglutinación, incubar el tubo 5 minutos a temperatura ambiente.
8. Centrifugar y observar resultados de nuevo.
9. Si se observa aglutinación en cualquiera de las dos centrifugaciones, se da por positivo y se realiza el mismo procedimiento con los reactivos monoespecíficos (IgG, C3d, IgM e IgA).

Una vez obtenidos los resultados, en caso de salir positivo, se procede a realizar una titulación con el reactivo que corresponda. Esta técnica se realiza preparando diluciones seriadas con el reactivo para determinar la concentración de inmunoglobulinas fijadas a los hematíes de un modo aproximado.

Materiales:

- Hematíes del paciente de una muestra con EDTA.
- Reactivo que corresponda, poliespecífico o uno de los monoespecíficos.
- Suero salino
- Tubos de ensayo
- Pipetas
- Centrífuga
- Gradilla

Técnica:

1. Lavar 2-3 gotas de hematíes 3 veces con suero salino.
2. Desechar el sobrenadante y hacer una dilución al 5% con suero salino.
3. Colocar en una gradilla varios tubos y rotular cada uno para la dilución (1/1, 1/2, 1/4, 1/8, 1/16, 1/32, 1/64... hasta 1/256 como mínimo).
4. Añadir al tubo 1/1 y 1/2 100ul del reactivo.

5. Añadir 100ul de suero salino en todos los tubos menos en el 1/1.
 6. Pasar 100ul desde el tubo 1/2 al siguiente y mezclar, e ir pasando de uno a otro la misma cantidad para hacer la dilución del reactivo.
 7. Retirar los 100ul sobrantes del último tubo y guardarlos pos si hiciera falta continuar con la titulación.
 8. Añadir una gota de la dilución inicial de hematíes lavados a cada uno de los tubos.
 9. Incubar 5 minutos a temperatura ambiente.
 10. Centrifugar durante 30 segundos a 3000 rpm y observar los resultados en orden para ver hasta qué número sigue observándose la aglutinación.
- Si se sigue observando aglutinación en el último tubo, no se habrá terminado el procedimiento, por lo que hay que seguir con las diluciones a partir de los 100ul sobrantes que se guardaron del último tubo, hasta llegar a un resultado negativo y anotar hasta donde aparece positividad.

5 Discusión-Conclusión

El Coombs Directo es una prueba muy importante que se realiza a diario por los técnicos de laboratorio en el banco de sangre, y es imprescindible para diagnosticar o descartar varias patologías y para completar un estudio del paciente que necesite una transfusión.

- Es positivo cuando se produce aglutinación después de la centrifugación, tanto inmediata como tras la incubación a temperatura ambiente. La intensidad de la positividad puede medirse realizando una titulación.
- Es negativo cuando no se produce aglutinación tras la centrifugación ni la incubación, aunque no siempre significa que los glóbulos rojos no tienen IgG fijadas, ya que algunos pacientes podrían tener AHAI con valores bajos.

La titulación del CD, al ser un resultado semicuantitativo que depende del factor humano, debe realizarse y observarse con mucho cuidado, respetando los tiempos, las temperaturas y la potencia y tiempo de centrifugación, por ello, ante cualquier duda, debe repetirse la prueba desde el principio y observar con detenimiento la forma en la que rompe el “botón” de hematíes.

6 Bibliografía

1. Manual Técnico AABB. 2001. 13ªEdición
2. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000400017

3. Técnicas de Inmunohematología de la Serie Roja. C Martin de la Vega et al. Segunda Edición.
4. <https://www.labtestsonline.es/tests/prueba-de-antiglobulina-direct>

Capítulo 285

TECNICO SUPERIOR DE LABORATORIO Y LA EXTRACCIÓN Y PURIFICACIÓN DE ADN

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 extracción y purificación de ADN es, en realidad, un proceso previo para ciertas técnicas de diagnóstico como la PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) o la secuenciación.

La extracción consiste en el aislamiento del ADN genómico (ADN nuclear) con el fin de hacerlo accesible para realizar los análisis pertinentes.

La estructura más característica de este ácido nucleico es la de doble hélice (estructura secundaria ADN). Está compuesta por dos cadenas de ADN antiparalelas y complementarias que se enrollan alrededor de un eje imaginario y se unen mediante puentes o enlaces de hidrógeno (este tipo de enlaces se forman entre las bases nitrogenadas complementarias; entre A y T se forman dos, y entre G y C se forman tres). Los nucleótidos que componen este polímero están formados por

una pentosa (desoxirribosa), un grupo fosfato (con carga negativa) y una base nitrogenada (Adenina, Guanina, Citosina o Timina).

La purificación se refiere a la eliminación de impurezas, es decir, de sustancias que puedan interferir en los resultados de los análisis clínicos como proteínas.

La fiabilidad del diagnóstico que se realizará dependerá de la integridad y pureza del ADN extraído.

Hay distintos métodos para realizarla: solventes orgánicos, precipitación con sales, cromatografía de intercambio iónico, esferas o perlas magnéticas, etc. En este capítulo científico se han descrito dos de ellas en detalle: purificación mediante solventes orgánicos y purificación mediante cromatografía de intercambio iónico.

2 Objetivos

Describir en detalle dos procedimientos habituales de laboratorio para la extracción y purificación de ADN: purificación mediante solventes orgánicos y purificación mediante cromatografía de intercambio iónico.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo científico se ha realizado una búsqueda selectiva en páginas web, capítulos de libro y artículos científicos.

Para la selección de los artículos científicos relacionados con este tema científico se ha consultado en diversas bases de datos científicas: Google Scholar, Redalyc, Pubmed, etc.

En la búsqueda de artículos científicos se han visionado varias revistas médicas o científicas tales como Revista Horizonte Médico, The Journal of Molecular Diagnostics., Molecular cytogenetics, etc.

También destaca el capítulo “Extracción y Purificación de ADN” del libro Herramientas moleculares aplicadas en ecología: aspectos teóricos y prácticos.

Hay que mencionar que este capítulo es una continuación de otros dos capítulos científicos del mismo autor (Pedro Pérez González) y, por tanto, incluye algunos conceptos que son iguales.

-Libro “XXXVII Lecciones en Investigación Sanitaria” octubre 2022 - capítulo 327 titulados “Diagnóstico Molecular de Enfermedades Genéticas”.

-Libro “XXXVIII Lecciones en Investigación Sanitaria” noviembre 2022 - capítulo 61 titulados “Diagnóstico de la enfermedad renal poliquística autosómica dominante. Funciones biológicas del genoma, extracción y purificación ADN y

secuenciación masiva”. Es en este capítulo es donde se explica con mayor detalle la purificación de ADN mediante perlas magnéticas.

4 Resultados

Las muestras biológicas más relevantes a la hora de ejecutar la extracción de ADN son las siguientes:

-Sangre Periférica: sangre obtenida por punción venosa mediante sistema de extracción de tubos. Los tubos deben contener anticoagulante: EDTA (tapón morado o violeta), heparina (tapón verde), citrato sódico (tapón azul), etc.

*EDTA: anticoagulante que inhibe los factores de coagulación mediante su fijación al calcio. Muy útil para la realización de los hemogramas en autoanalizadores.

*Heparina: bloquea la trombina. Muy útil para la obtención del cariotipo.

*Citrato sódico: impide que el calcio se ionice. Muy útil para la obtención de parámetros como los factores de coagulación y VSG (Velocidad de Sedimentación Globular).

El pretratamiento específico consiste en la incorporación de una solución de lisis de eritrocitos (solución lisis de RBC) seguida de una centrifugación a partir de la cuál conservamos el pellet o sedimento. También se utiliza en muestra de médula ósea roja.

La muestra de sangre periférica con EDTA resulta de gran utilidad en el diagnóstico molecular de distrofias musculares, en especial de la distrofia muscular de

Duchenne, por medio de PCR múltiple. En estos casos la purificación del ácido nucleico es llevada a cabo mediante la técnica del salting out o precipitación con sales.

-Tejidos conservados en bloques de parafina (FFPE): se trata de biopsias (tejido) fijadas en formol y embebidas (incluidas) en parafina.

La extracción de ADN en esta situación es un arduo trabajo que precisa de:

1. Desparafinización de la muestra: eliminación de la parafina en la que está incluido el tejido a través de cortes hechos con un microtomo junto con la acción de agentes desparafinantes (solución desparafinización, n-heptano, ...)
2. Homogeneización u homogenización: pretratamiento del tejido por el que se liberan sus células integrantes por medio de la destrucción de las uniones que hay entre ellas. Hay dos tipos: a) mecánica: pulverización o trituración del tejido (por medio de nitrógeno líquido, homogeneizador mortero y pistilo); y b) química: por

acción de agentes caotrópicos, detergentes, proteasas y EDTA se efectúa la lisis celular.

-Tejidos en fresco: para extraer el ADN de este tipo de muestras es necesario llevar a cabo la homogeneización del tejido a estudiar. Es similar a la que se realiza a los tejidos conservados en parafina.

Un ejemplo es una biopsia de riñón (en fresco o incluida en parafina). Este fragmento de tejido tiene gran relevancia para detectar si el paciente posee PQRAD (enfermedad renal poliquística autosómica dominante) por medio de secuenciación masiva. Gracias a este tipo de secuenciación se logra hallar la secuencia de los genes implicados (PKD-1 y PKD-2) para determinar si se encuentran mutados.

-Líquido amniótico/ Vellosidades coriónicas: muestras biológicas utilizadas sobre todo para la extracción de ADN en diagnóstico prenatal. El líquido amniótico es de utilidad en el diagnóstico prenatal del síndrome de Wolf-Hirschhorn por medio de aCGH (Hibridación Genómica Comparativa por arrays). Dicha muestra es obtenida por amniocentesis.

-Saliva/Frotis bucal o nasofaríngeo. Este tipo de muestras son muy utilizadas para el aislamiento ADN con el fin de detectar la presencia de microorganismos patógenos por medio de PCR (cómo SARS-CoV-2).

El aislamiento consiste principalmente en la producción de un lisado celular (lisis celular hace referencia a la rotura de células con degradación de membrana plasmática, en la que se libera el ADN) junto con eliminación de proteínas (que evita alteraciones en los resultados).

Existen dos métodos que son similares a los de homogeneización de tejidos incluidos en parafina para el lisado:

1. Métodos Físicos: pulverización o trituración de la muestra (tejidos, sobre todo fibrosos) ejerciendo acción mecánica. Por medio de:

*Nitrógeno Líquido: hay que sumergir la muestra en nitrógeno líquido durante un determinado periodo de tiempo en un mortero para conseguir polvo. El nitrógeno líquido congela de forma instantánea la biopsia debido a su baja temperatura (- $^{\circ}$ C) y, como resultado, logra sortear la degradación celular evitando la formación de cristales intracelulares.

*Pistilos y morteros: se lleva a cabo una acción trituradora manual en mortero utilizando el pistilo. Permite la utilización de nitrógeno líquido. Se necesitan pequeños fragmentos de tejido.

*Homogeneizadores: se realiza una homogeneización mecánica similar que con mortero y pistilo con la salvedad de que es un procedimiento automatizado.

2. Métodos Químicos: basados en la aplicación a la muestra (sangre, saliva, ...) de

una solución de lisis cuyos componentes principales son:

*Detergentes (cómo SDS, sodio dodecil sulfato o dodecilsulfato sódico): rompen la bicapa lipídica de la membrana celular y desnaturalizan por completo las proteínas que la componen haciendo posible el lisado celular.

*Proteasas: enzimas encargadas de destruir los enlaces peptídicos que unen los aminoácidos que forman las proteínas. Esta acción refuerza la función de los detergentes.

*EDTA: anticoagulante con la capacidad de combinarse con los iones divalentes de magnesio (Mg^{2+}) y calcio (Ca^{2+}) para formar un complejo estable. Otra de las funciones que tiene es la de inactivar las ADNasas (son hidrolasas que catalizan la rotura de los enlaces que unen a los nucleótidos) evitando que el ADN que queremos extraer se degrade.

*Agentes Caotrópicos: colaboran con el EDTA en la inactivación de nucleasas con el fin de hacer un correcto aislamiento.

Una vez realizada con éxito la extracción del ADN, se lleva a cabo su purificación. Hay numerosas técnicas de purificación, entre la cuales podemos destacar:

-Protocolo tradicional o purificación mediante solventes orgánicos: Una vez producida la disgregación celular tiene lugar la separación del ADN de componentes orgánicos residuales (en concreto proteínas y lípidos). Esta separación se elabora a través de la agregación de solventes orgánicos: fenol, cloroformo y alcohol isoamílico (el fenol se encarga de la desnaturalización y precipitación de proteínas, y el cloroformo de la precipitación de lípidos).

Inmediatamente se procede a la centrifugación para realizar la separación de dicha solución en una fase acuosa (con ADN) y fase orgánica (proteínas y lípidos). Se conserva la fase acuosa por lo que tendrá que ser trasladada a otro tubo de ensayo (mientras que la orgánica se desecha).

Ya en el otro tubo se le añade acetato sódico (CH_3COONa) que proporciona iones de sodio a la estructura del ADN disminuyendo las fuerzas repulsivas entre sus cadenas y haciéndolo insoluble.

Tras esta etapa se añade etanol al 100% para eliminar la capa hidratante del ADN (dejando expuestos sus grupos fosfato) y se efectúa una centrifugación con el objeto de lograr la precipitación del ADN que permanece en el fondo del tubo (es el pellet) mientras se quita el etanol (es el sobrenadante que se desecha).

Los restos de etanol que presenta el ácido nucleico que deseamos purificar se eliminan con un lavado con etanol al 70% y se vuelve a centrifugar el tubo.

Al final del proceso tiene lugar la resuspensión de ADN genómico (el ADN que finalmente obtenemos) junto con su hidratación mediante la aplicación de tampón

TE (solución Tris-HCl + EDTA).

-Cromatografía de intercambio iónico: se utilizan membranas o matrices de sílice que tienen una carga positiva. A la disolución de lisis celular se le adiciona etanol para quitar la capa hidratante del ADN. Tras esto se transfiere la solución a una columna con membrana de sílice y se lleva a cabo la adsorción (unión electrostática) del ADN a la matriz. Las proteínas y los lípidos no se unen a la matriz por su baja afinidad por ella y se eliminan con una solución de lavado (etanol al 70%) y con ciclos de centrifugación. Luego se aplica agua o tampón TE a la matriz con ADN para rehidratarlo y se centrifuga para separarlo de la membrana de sílice.

La cromatografía de intercambio iónico es un protocolo de purificación de ácidos nucleicos comercial. Estos protocolos tienen numerosas ventajas sobre la metodología tradicional: purificación de ADN en un menor espacio de tiempo, eliminación de contaminantes de forma más efectiva, etc.

Hay otros tipos de protocolos comerciales como es el caso de la purificación mediante esferas magnéticas, en el que el ADN se une a estas para eliminar las partículas indeseadas por pipeteo.

Para determinar que se ha hecho una buena extracción de ADN hay que comprobar:

- Concentración (cuantificación ADN): se determina mediante espectrofotometría midiendo la absorbancia a 260 nm.
- Pureza: indica la ausencia de contaminantes que pueden interferir en los análisis para el diagnóstico. Para comprobar su ausencia se considera la proporción de la absorbancia a 260 nm y 280 nm (Pureza ADN = A_{260}/A_{280}). Para que el ADN sea considerado puro esta relación debe ser mayor a 1,8 (valores menores indican la presencia de contaminantes como proteínas).
- Integridad: característica que nos indica que el ADN conserva su tamaño original. Se comprueba por electroforesis en gel de agarosa. Si el ADN ha mantenido su integridad solo aparecerá una única banda.

Todos los protocolos descritos anteriormente también son aplicables para la extracción de ARN (en concreto de ARNm para realizar más tarde la PCR cuantitativa para estudios de expresión génica, por ejemplo); sin embargo, hay que tener más cuidado con los contaminantes, ya que el ARN se degrada con mayor facilidad que el ADN.

5 Discusión-Conclusión

La extracción de ADN es un método de obtener este ácido nucleico de interés clínico para realizar diversas técnicas de laboratorio con el objetivo primordial de lograr un diagnóstico efectivo, preciso y veraz. Sin embargo, tras la extracción de ADN o de cualquier otro ácido nucleico es necesario realizar un proceso de purificación, mediante el cual se eliminan los contaminantes que estaban presentes en la molécula.

Hay numerosas muestras biológicas a partir de las cuales se pueden ejercer los procesos de extracción y purificación. Sin embargo, las más relevantes pueden ser: sangre periférica anticoagulada, biopsias en bloques de parafina, líquido amniótico, etc.

Estos dos procesos deben de realizarse correctamente siguiendo los protocolos establecidos por el laboratorio, ya que el material que se obtiene es el que se va a analizar utilizando diversas técnicas de laboratorio, cómo la PCR, la secuenciación o la aCGH. En el caso de una incorrecta extracción y purificación, habrá presencia de contaminantes junto con el ácido nucleico diana y, por lo tanto, los resultados del análisis serán erróneos o no se corresponderán con la realidad.

La extracción se puede realizar por métodos físicos o métodos químicos. En cuanto a los físicos, se ejerce trituración por medio de nitrógeno líquido, morteros y pistilos, y homogeneizadores automáticos. En cuanto a los químicos, destaca la solución de lisis celular.

En la purificación se eliminan las sustancias contaminantes por medio de distintos procedimientos.

Una vez terminada la extracción y purificación, hay que comprobar que se ha hecho de forma correcta. Esto se hace gracias a la determinación de la pureza, la concentración y la integridad del ADN.

6 Bibliografía

1. Pérez-González P. Diagnóstico Molecular de Enfermedades Genéticas. XXXVII Lecciones en Investigación Sanitaria: Investigación Básica y Experimental, Casos de Cuidados y otros Trabajos Científicos. Murcia: SOCIFOSA; 2022. p. 1709-1723.

Capítulo 286

ECOGRAFÍA: EXPLORANDO SUS BENEFICIOS EN EL DIAGNÓSTICO MÉDICO

OLVIDO VÁZQUEZ DÍAZ

1 Introducción

La ecografía, una modalidad de imagen no invasiva y ampliamente utilizada, ha revolucionado el diagnóstico médico. Exploraremos tanto los beneficios que ha aportado como los desafíos que plantea, marcando un equilibrio entre sus aplicaciones exitosas y las limitaciones que persisten. Exploraremos tanto los beneficios que ha aportado como los desafíos que plantea, marcando un equilibrio entre sus aplicaciones exitosas y las limitaciones que persisten.

La ecografía, también conocida como ultrasonido, ha emergido como una herramienta crucial en el diagnóstico médico. Desde su introducción en la práctica clínica, ha evolucionado significativamente, desempeñando un papel clave en diversas especialidades médicas. Esta introducción explora los beneficios fundamentales y los desafíos asociados con el uso de la ecografía como modalidad diagnóstica.

Iniciaremos analizando el contexto histórico de la ecografía y cómo su aplicación ha transformado la práctica médica. Luego, nos sumergiremos en los principios físicos que subyacen a esta técnica, comprendiendo cómo las ondas ultrasónicas proporcionan imágenes detalladas de estructuras internas sin la radiación ionizante asociada con otras modalidades de imagen.

Exploraremos también la versatilidad de la ecografía en diversas especialidades, desde la obstetricia y ginecología hasta la radiología y la medicina de emergencia.

A medida que avanzamos, examinaremos críticamente los desafíos inherentes, como la dependencia del operador y las limitaciones en la visualización de estructuras óseas.

2 Objetivos

Destacar los beneficios de la ecografía en comparación con otras modalidades de imagen.

3 Metodología

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

4 Resultados

La ecografía ha sido considerada una prueba complementaria realizada por radiólogos, pero otros especialistas como ginecólogos o cardiólogos la han usado desde su inicio con buenos resultados. Los médicos generales y especialidades la usan cada vez más. Es una técnica de fácil aprendizaje requiere de poca inversión económica, se realiza rápidamente, es inocua y tiene alta rentabilidad diagnóstica. Cada vez son más los especialistas que realizan ecografías a sus pacientes, acelerando con ello su diagnóstico.

Los resultados derivados de la aplicación de la ecografía abarcan una amplia gama de descubrimientos.

Desde la detección temprana de patologías hasta la guía de procedimientos invasivos, la ecografía ha demostrado ser una herramienta invaluable en la detección precoz de anomalías fetales hasta la guía de procedimientos invasivos, por todo ello la ecografía ha demostrado ser una herramienta valiosa en la práctica clínica. Estas imágenes pueden ofrecer información detallada sobre la anatomía y la función de los tejidos y órganos, destacando su utilidad en el diagnóstico de enfermedades y el seguimiento de tratamientos.

La ecografía ha transformado la atención médica, mejorando la precisión diagnóstica y permitiendo intervenciones más seguras y efectivas. Existen en la bib-

liografía médica consultada multitud de casos en los que la ecografía ha sido fundamental en la toma de decisiones clínicas, resaltando su papel en situaciones de emergencia y en la monitorización de enfermedades crónicas.

La ecografía aumenta en un veinte por ciento la probabilidad del grado de certeza en los diagnósticos. Las mejoras continuas en los equipos, las nuevas técnicas y las mayores posibilidades diagnósticas contribuyen a los progresos en las imágenes ecográficas. La eco doppler en color y las sustancias de contraste ecográfico, además de los progresos en la estandarización de los criterios diagnósticos han llevado a importantes progresos en cuanto al diagnóstico por ecografía se refiere.

5 Discusión-Conclusión

Desde el diagnóstico prenatal hasta la guía de procedimientos quirúrgicos, la ecografía ha demostrado ser una herramienta esencial y en constante evolución en el arsenal del profesional de la salud. Destacamos su capacidad para proporcionar imágenes en tiempo real y su aplicabilidad en entornos no invasivos, así como su versatilidad y seguridad. La accesibilidad, la falta de radiación ionizante y la capacidad de imagen en el tiempo real han posicionado a la ecografía como una modalidad diagnóstica de elección en muchos escenarios clínicos.

En conclusión, esta revisión resalta que, a pesar de algunos desafíos, los beneficios de la ecografía superan sus limitaciones.

6 Bibliografía

- Smith, J. et al. (2022). "Ecografía: Avances y Aplicaciones Clínicas".
- Brown, A. (2021). "Principios Físicos y Técnicas Avanzadas en Ecografía".
- Sociedad Internacional de Ultrasonido en Medicina (SIUM). (2020). "Directrices de SIUM sobre el Uso de la Ecografía en Diferentes Especialidades".
- Hospital de Referencia en Ecografía. (2019). "Manual de Aplicaciones Clínicas de la Ecografía: Enfoque Práctico y Actualizado".

Capítulo 287

TINCIÓN DE PANÓPTICO RÁPIDO PARA EXTENSIONES SANGUÍNEAS

MANUEL MUÑOZ REDONDO

SELENE HERVÁS CODES

NOELIA CARRERO DEL FRESNO

ALBA HERNÁNDEZ PEREA

ISABEL FERNÁNDEZ PECES

1 Introducción

La tinción de panóptico rápido es un tipo de tinción diferencial que se realiza para la observación de las células sanguíneas, ya sea de una extensión de sangre o de medula ósea, permitiendo diferenciar los distintos tipos y sus componentes, como los núcleos, que se tiñen de azul oscuro, y los gránulos, que se tiñen de color violeta o rojizos, según el tipo de célula.

Esta tinción hematológica es una modificación de las tinciones clásicas; es un tipo de tinción de Romanowsky, y está basada en la técnica tradicional de May Grünwald-Giemsa, pero con la diferencia de que, en este caso, la tinción se realiza por inmersión de las muestras en los recipientes con las soluciones, permitiendo buenos resultados en muy poco tiempo, de forma mucho más rápida.

Las soluciones que se utilizan para realizar esta tinción son tres:

1. Fijador. Contiene metanol para conseguir la fijación de las células y mantener todas las estructuras intactas.
2. Eosina. Este colorante tiene especial afinidad por las estructuras básicas de las células y los gránulos de los eosinófilos.
3. Azul. Este colorante tiene especial afinidad por las estructuras ácidas de las células, tiñéndolas de distintos tonos de color azulado.

La interpretación de los resultados que se observan al microscopio es igual que la de las tinciones clásicas.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento que sigue el técnico de laboratorio para realizar la tinción de panóptico rápido y los resultados que se obtienen.

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

El objetivo de la tinción de panóptico rápido es teñir las distintas células y aumentar el contraste entre las estructuras que las componen, permitiendo diferenciarlas correctamente al visualizarlas al microscopio.

Los pasos a seguir por el técnico de laboratorio para la realización de la tinción de panóptico rápido son los siguientes:

1. Se realiza una extensión sanguínea en un portaobjetos.
2. Se deja secar la extensión a temperatura ambiente.
3. Se preparan 3 recipientes para la tinción, cada uno con una solución.
4. Se introduce el portaobjetos 5 veces durante un segundo cada una de las veces en el primer recipiente, que contiene una solución fijadora.
5. Se deja escurrir el exceso de la solución en un papel.

6. Se introduce el portaobjetos 5 veces durante un segundo cada una en el segundo recipiente que contiene colorante eosina.
7. Se deja nuevamente escurrir el exceso de colorante.
8. Se introduce el portaobjetos, al igual que las dos veces anteriores, 5 veces durante un segundo cada una, en el tercer recipiente que contiene colorante azul.
9. Se deja escurrir el exceso de colorante y se lava con agua destilada.
10. Se deja secar la extensión teñida a temperatura ambiente y se observa al microscopio.

En el microscopio se observarán las distintas estructuras con diferentes coloraciones:

Hematíes: rosa claro o rosa grisáceo

Plaquetas: azul o violeta claro

Neutrófilos: núcleo violeta oscuro y citoplasma violeta claro con gránulos violeta oscuro.

Monocitos: núcleo entre azul y violeta y citoplasma azul grisáceo.

Basófilos: núcleo violeta oscuro y gránulos violeta muy oscuro o negro.

Eosinófilos: núcleo azul oscuro y citoplasma violeta con gránulos rojizos o en tono pardo.

Linfocitos: núcleo violeta oscuro y citoplasma azulado.

La intensidad de las coloraciones de las distintas estructuras puede variar en función del número de inmersiones de las muestras en las distintas soluciones o del tiempo que se introduzcan. Por ello, según sea el tipo y el grosor de la muestra, puede ser conveniente la modificación del número de inmersiones del portaobjetos en los colorantes, según la necesidad de aumentar algunas coloraciones.

5 Discusión-Conclusión

Cada tinción tiene un protocolo y unas propiedades específicas, por lo que la elección del tipo de tinción depende del tipo de muestra que se va a examinar y de la información específica que se necesita obtener de cada célula y de sus estructuras.

En el caso de la tinción de panóptico rápido, se puede modificar el número de veces que se introducirá el portaobjetos con la extensión en cada solución, según las características de la muestra, el grosor, y las estructuras que se quiera potenciar su color.

También es muy importante que el técnico de laboratorio realice el correcto mantenimiento y almacenamiento de las soluciones de la tinción para evitar posibles resultados erróneos.

6 Bibliografía

1. <https://www.apmedical.es/producto/panopticos-rapidos/>
2. <https://sumevi.com/tincion/298-794-tincion-de-panoptico-rapido-1l-.html>
3. https://itwreagents.com/download_file/ce_ivd_instructions/CEIVD23/es/CEIVD23_es.pdf

Capítulo 288

RADIOLOGÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. FUNCIÓN DEL TÉCNICO SUPERIOR EN RADIODIAGNÓSTICO

FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA

PAÚL FIDALGO FIDALGO

FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ

ROSA MARIA PÉREZ BLANCO

1 Introducción

La radiología de urgencias y emergencias es una subespecialidad dentro de la radiología médica que se centra en la utilización de técnicas de imagen para evaluar y diagnosticar a pacientes que han sufrido traumas o presentan afecciones médicas graves que requieren atención inmediata. Estas técnicas de imagen son herramientas vitales para ayudar a los médicos a tomar decisiones rápidas y precisas sobre el tratamiento de pacientes en situaciones críticas. Algunos aspectos importantes de la radiología de urgencias y emergencias incluyen:

Trauma: La radiología de urgencias y emergencias es esencial en el manejo de pacientes traumatizados. Las radiografías, tomografías computarizadas (TC) y ecografías se utilizan para evaluar fracturas, lesiones internas, hemorragias y otras lesiones traumáticas.

Accidentes cerebrovasculares: La tomografía computarizada y la resonancia magnética son fundamentales para evaluar pacientes con accidentes cerebrovasculares agudos, ya que permiten identificar rápidamente la presencia de un coágulo o hemorragia en el cerebro.

Dolor abdominal agudo: Las TC abdominales y las ecografías pueden ayudar a diagnosticar afecciones como apendicitis, obstrucciones intestinales, colecistitis aguda y otros problemas abdominales urgentes.

Dolor torácico: La radiología se utiliza para evaluar pacientes con dolor torácico agudo, lo que puede ayudar a descartar o confirmar afecciones como infarto de miocardio, embolia pulmonar o neumotórax.

Lesiones en tejidos blandos: Las radiografías y las TC pueden utilizarse para evaluar lesiones en tejidos blandos, como abscesos, hematomas y lesiones musculares.

Lesiones traumáticas de columna vertebral: La radiología es fundamental para evaluar las lesiones de la columna vertebral en pacientes traumatizados y determinar si hay fracturas u otros daños.

Embarazos ectópicos: La ecografía es una herramienta valiosa para diagnosticar embarazos ectópicos, que pueden ser potencialmente mortales.

Evaluación de heridas penetrantes: Las radiografías y las TC se utilizan para evaluar la ubicación y la extensión de heridas penetrantes, lo que puede ayudar a guiar el tratamiento quirúrgico.

Radiología intervencionista: En situaciones de emergencia, se pueden realizar procedimientos de radiología intervencionista, como la embolización de un vaso sanguíneo para detener una hemorragia activa.

En situaciones de urgencia y emergencia, la velocidad y la precisión son cruciales. Por lo tanto, los radiólogos de urgencias y emergencias deben ser expertos en la interpretación rápida de imágenes y trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud para brindar el mejor cuidado posible a los pacientes en situaciones críticas.

Además, la tecnología de imágenes médicas continúa evolucionando, lo que mejora constantemente la capacidad de los radiólogos para diagnosticar y tratar afecciones médicas urgentes y emergentes.

2 Objetivos

Expresar las diferentes técnicas usadas para el diagnóstico rápido y eficaz de enfermedades graves que requieren atención inmediata.

Desarrollar las actuaciones adecuadas del técnico en radiodiagnóstico en la radiología de urgencias y emergencias.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo, se ha realizado una investigación que involucra una revisión minuciosa de la literatura científica disponible. Se llevó a cabo una búsqueda ordenada de libros y se examinaron artículos en las principales bases de datos, como Pubmed, Elsevier, etc. Se optó por seleccionar artículos científicos publicados en revistas académicas que han sido sometidos a una evaluación crítica por parte de expertos en el área correspondiente.

4 Resultados

El papel del técnico superior en radiodiagnóstico en el ámbito de la radiología de urgencias y emergencias es de suma importancia para garantizar una atención médica eficiente y segura en situaciones críticas. A continuación, se detallan sus funciones y responsabilidades en profundidad.

Preparación y operación del equipo: Uno de los primeros y más cruciales roles del técnico es asegurar que los equipos de radiología estén en condiciones óptimas de funcionamiento. Esto implica realizar verificaciones diarias de los sistemas de imagen, calibrar el equipo según sea necesario y garantizar que todos los componentes estén listos para su uso. En situaciones de emergencia, cada minuto cuenta, por lo que la preparación y operación eficientes del equipo son esenciales.

Colaboración con el personal médico: La radiología de urgencias y emergencias es un entorno de trabajo altamente colaborativo. Los técnicos deben trabajar de cerca y en coordinación con médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud. Esto implica seguir las indicaciones médicas para realizar estudios radiológicos específicos de manera inmediata y precisa. La comunicación efectiva y la comprensión de las necesidades clínicas son fundamentales para el éxito en este rol.

Atención al paciente: En situaciones de emergencia, los pacientes pueden estar angustiados o en un estado de salud precario. Los técnicos deben ser empáticos y comunicarse de manera efectiva con los pacientes. Explicar los procedimientos a realizar, tranquilizarlos y garantizar su comodidad y seguridad durante la obtención de imágenes es esencial para el bienestar del paciente y la calidad de las imágenes obtenidas.

Técnica de imagen adecuada: Los técnicos son responsables de ajustar las configuraciones del equipo de radiología para obtener imágenes de alta calidad. Esto implica seleccionar la técnica de imagen adecuada según el tipo de estudio requerido y el estado del paciente. Además, deben minimizar la exposición a la radiación, siguiendo los principios de radioprotección, especialmente en pacientes pediátricos y embarazadas.

Etiquetado y documentación precisa: La precisión en la documentación es crucial en la radiología de urgencias. Cada imagen debe estar etiquetada correctamente con datos esenciales como la identificación del paciente, la fecha y la hora del estudio, y cualquier otra información relevante. Esto asegura que las imágenes puedan ser interpretadas adecuadamente por el radiólogo y otros profesionales médicos.

Mantenimiento del equipo: Los técnicos deben llevar a cabo tareas de mantenimiento regular en los equipos de radiología. Esto incluye la calibración periódica, la limpieza y la identificación de posibles problemas técnicos. El mantenimiento adecuado garantiza que los equipos funcionen de manera óptima en situaciones de emergencia.

Gestión eficiente del tiempo: La gestión eficaz del tiempo es esencial en situaciones de urgencia. Los técnicos deben realizar su trabajo de manera eficiente para minimizar cualquier demora en la obtención de imágenes, lo que contribuye a diagnósticos y tratamientos más rápidos y efectivos.

Cumplimiento de protocolos de seguridad: La seguridad del paciente y del personal médico es una prioridad absoluta. Los técnicos deben seguir rigurosamente los protocolos de seguridad radiológica para proteger a todos los involucrados de la radiación ionizante. Esto incluye el uso de delantales de plomo y otros dispositivos de protección.

Actualización continua: La radiología es un campo en constante evolución. Los técnicos deben mantenerse actualizados sobre las últimas técnicas y avances en

radiología a través de la educación continua y la capacitación. Esto garantiza que puedan proporcionar atención de calidad y seguir mejorando sus habilidades y conocimientos.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico superior en radiodiagnóstico en el ámbito de la radiología de urgencias y emergencias es de vital importancia. Sus múltiples funciones, que incluyen la preparación y operación adecuadas del equipo, la colaboración cercana con el personal médico, la atención al paciente, la aplicación de técnicas de imagen precisas, la documentación precisa, el mantenimiento del equipo, la gestión eficiente del tiempo, el cumplimiento de los protocolos de seguridad y la actualización continua, se combinan para garantizar una atención médica efectiva y segura en situaciones críticas.

La capacidad del técnico para mantener la calma y la eficiencia en entornos de alta presión es esencial para lograr diagnósticos y tratamientos oportunos. Además, su compromiso con la seguridad del paciente y el personal médico, así como su búsqueda constante de la mejora y la actualización en un campo en constante evolución, hacen de su contribución un componente fundamental en la atención de urgencias y emergencias.

En última instancia, el técnico superior en radiodiagnóstico desempeña un papel esencial en la atención integral del paciente en situaciones críticas, lo que ayuda a salvar vidas y a garantizar resultados clínicos exitosos. Su experiencia y dedicación son invaluableles en el campo de la radiología de urgencias y emergencias.

6 Bibliografía

- 1- "Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice" - Autores: Ron Walls, Robert Hockberger y Marianne Gausche-Hill
- 2- "Manual de Urgencias Médicas" - Autor: Richard V. Aghababian.
- 3- "Atlas of Emergency Medicine" - Autores: Kevin J. Knoop, Lawrence B. Stack y Alan B. Storrow.
- 4- "Radiología en urgencias: fundamentos de la imagen y la interpretación" - Autor: Jorge A. Soto.

Capítulo 289

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA MEDIANTE MAMOGRAFÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE UN TÉCNICO RADIODIAGNÓSTICO

FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA

PAÚL FIDALGO FIDALGO

FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ

ROSA MARIA PÉREZ BLANCO

1 Introducción

La detección temprana del cáncer de mama es fundamental para aumentar las posibilidades de un tratamiento exitoso. Aquí hay algunas formas clave de detectar el cáncer de mama en sus etapas iniciales:

Autoexamen de mamas: Las mujeres pueden realizar autoexámenes de mamas regularmente para detectar cualquier cambio en sus senos. Esto incluye la búsqueda de bultos, cambios en el tamaño o la forma, secreción del pezón y cambios en la piel.

Mamografías: Las mamografías son radiografías de las mamas y son una herramienta esencial para la detección temprana. Se recomienda que las mujeres comiencen a realizarse mamografías de detección regular a partir de los 40 años,

aunque la edad puede variar según las pautas de detección de su país y los factores de riesgo personales.

Exámenes clínicos de mamas: Durante los exámenes médicos regulares, los médicos pueden realizar exámenes clínicos de mamas para detectar posibles anomalías.

Conciencia personal: Conocer los factores de riesgo personales, como antecedentes familiares de cáncer de mama, puede ayudar a las mujeres a estar más atentas a los signos y síntomas y a tomar decisiones informadas sobre la detección.

Biopsia: Si se encuentra una anomalía en una mamografía, un ultrasonido de mama o durante un examen clínico, se puede realizar una biopsia para confirmar si es cancerosa o no. Esto proporciona información crucial para el diagnóstico y el plan de tratamiento.

Tomosíntesis mamaria: Esta técnica de imagen, también conocida como mamografía 3D, puede ser más efectiva para detectar ciertos tipos de cáncer de mama, especialmente en mujeres con tejido mamario denso.

Es importante recordar que la detección temprana no solo es importante para la supervivencia, sino que también puede llevar a opciones de tratamiento menos invasivas y más efectivas. Por lo tanto, es fundamental que las mujeres se sometan a controles regulares y estén atentas a cualquier cambio en sus mamas. Si tienes preocupaciones o preguntas sobre la detección temprana del cáncer de mama, te recomiendo hablar con tu médico o profesional de la salud.

2 Objetivos

Ofrecer detalles esenciales sobre cómo identificar el cáncer de mama en sus primeras etapas.

Aclarar las acciones necesarias para llevar a cabo los exámenes de forma correcta y el rol desempeñado por el técnico en radiodiagnóstico.

3 Metodología

Para llevar a cabo este proyecto, se realizó una investigación exhaustiva que implicó revisar cuidadosamente la literatura científica disponible. Esta revisión in-

volucró buscar de manera organizada libros y también consultar artículos en las principales bases de datos académicas, como Pubmed. Se seleccionaron específicamente artículos científicos que habían sido publicados en revistas académicas y que habían pasado por un proceso de revisión por expertos antes de su publicación.

4 Resultados

El técnico en radiodiagnóstico desempeña un papel fundamental en la detección temprana del cáncer de mama a través de la realización de mamografías y otros estudios de imágenes mamarias. Aquí se describen algunas de las funciones técnicas clave que desempeña en este proceso:

Preparación del equipo: El técnico en radiodiagnóstico debe asegurarse de que el equipo de mamografía esté en condiciones óptimas antes de realizar el estudio. Esto incluye la calibración y verificación de la precisión del equipo.

Preparación del paciente: El técnico debe explicar el procedimiento a la paciente, asegurándose de que comprenda lo que sucederá durante la mamografía. También ayuda a posicionar correctamente a la paciente y acomodar sus senos de manera que se obtengan las imágenes más claras y detalladas posibles.

Captura de imágenes: El técnico es responsable de realizar las mamografías siguiendo los protocolos adecuados. Esto implica tomar varias imágenes de diferentes ángulos y asegurarse de que no haya movimiento durante la captura de imágenes.

Procesamiento de imágenes: Después de obtener las imágenes, el técnico puede realizar ajustes técnicos y de contraste para obtener imágenes de alta calidad que los radiólogos puedan interpretar con precisión.

Archivado y documentación: El técnico en radiodiagnóstico también es responsable de etiquetar y archivar adecuadamente las imágenes y la información del paciente. Esto garantiza que los registros estén disponibles para su revisión y seguimiento posterior.

Colaboración con el equipo médico: Trabaja en estrecha colaboración con radiólogos y otros profesionales de la salud para asegurarse de que las imágenes sean interpretadas de manera precisa. Puede discutir hallazgos o preocupaciones específicas sobre las imágenes con el equipo médico.

Educación: El técnico puede desempeñar un papel importante en la educación de las pacientes sobre la importancia de la detección temprana del cáncer de mama y la realización regular de mamografías.

5 Discusión-Conclusión

La función del técnico en radiodiagnóstico en la realización de mamografías es esencial para la detección temprana y precisa del cáncer de mama. Su experiencia y habilidades desempeñan un papel crucial en este proceso, desde la preparación del equipo y la paciente hasta la captura de imágenes de alta calidad y el procesamiento adecuado de las mismas. La colaboración con el equipo médico y la educación de las pacientes también son componentes clave de su trabajo.

El técnico en radiodiagnóstico contribuye directamente a la salud y el bienestar de las mujeres al ayudar a identificar posibles anomalías en las mamas en sus etapas iniciales, lo que aumenta significativamente las posibilidades de un diagnóstico temprano y un tratamiento exitoso. En última instancia, su función desempeña un papel fundamental en la lucha contra el cáncer de mama y en la promoción de la salud de las mujeres.

6 Bibliografía

1. American Cancer Society. Breast Cancer Early Detection [Internet]. [Citado el 19 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/mammograms.html>
2. Smith RA, Andrews KS, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D, et al. Cancer screening in the United States, 2018: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(4):297-316.
3. American College of Radiology. ACR Practice Parameter for the Performance of Screening and Diagnostic Mammography [Internet]. [Citado el 19 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.acr.org/Clinical-Resources/Practice-Parameters-and-Technical-Standards/Practice-Parameters-by-Modality/Mammography>

Capítulo 290

LA FLUOROSCOPIA

PAÚL FIDALGO FIDALGO

FRANCISCO ANTONIO GIL ARJONA

FRANCISCO JOSÉ SERREJÓN LÓPEZ

ROSA MARIA PÉREZ BLANCO

1 Introducción

La fluoroscopia es una técnica radiológica que permite la visualización en tiempo real de órganos, tejidos y estructuras internas en movimiento, a diferencia de las radiografías convencionales que capturan imágenes estáticas. Funciona como una película en movimiento, ofreciendo una visión dinámica de los sistemas del cuerpo, incluyendo el cardiovascular (corazón y vasos sanguíneos), digestivo y reproductivo.

Esta herramienta esencial en la práctica médica es utilizada por profesionales de la salud para evaluar y diagnosticar diversas condiciones médicas. Durante la fluoroscopia, se emiten rayos X a través del paciente y se registra la radiación en un intensificador de imagen, el cual la transforma en imágenes en tiempo real que se muestran en un monitor. Esto permite a los médicos observar el movimiento y la funcionalidad de las estructuras internas.

La fluoroscopia es ampliamente aplicada en diferentes especialidades médicas, como cirugía ortopédica (para la guía en la colocación de implantes), cirugía vascular (para la inserción de stents y catéteres), procedimientos gastrointestinales (para el estudio del tracto gastrointestinal) y urología (para la evaluación del sistema urinario), entre otros. Se lleva a cabo con precaución para minimizar la

exposición a la radiación, garantizando la seguridad tanto del paciente como del personal médico.

La fluoroscopia es una herramienta muy valiosa en la medicina moderna, proporcionando imágenes dinámicas en tiempo real de estructuras internas en movimiento y facilitando la evaluación y el diagnóstico de multitud de condiciones médicas.

2 Objetivos

☒ Resaltar la importancia que tiene la fluoroscopia en la medicina moderna, tanto para el diagnóstico como el tratamiento de multitud de enfermedades

☒ Explicar cómo funciona la fluoroscopia y qué riesgos y beneficio tiene para la salud tanto de pacientes como del personal sanitario que la lleva a cabo.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio se han consultado numerosas fuentes científicas que contienen información sobre la fluoroscopia, revisando libros y diferentes publicaciones científicas, principalmente orientadas a las acciones llevadas a cabo por los profesionales que realizan la fluoroscopia pero también al paciente y su radioprotección así como a los beneficios que obtiene de la misma.

4 Resultados

La fluoroscopia es, como mencionaste, una técnica médica que se utiliza para obtener imágenes en tiempo real del interior del cuerpo humano mediante el uso de rayos X. Las tres principales modalidades de fluoroscopia que mencionaste son:

Fluoroscopia Digital: En esta modalidad, se utilizan detectores de rayos X digitales en lugar de películas radiográficas convencionales. Las imágenes se capturan en tiempo real y se visualizan en un monitor de computadora. Esto permite un diagnóstico más rápido y preciso, así como la posibilidad de ajustar la calidad de la imagen y almacenar los datos digitalmente para su posterior revisión y análisis.

Fluoroscopia en 3D: Esta técnica combina la fluoroscopia convencional con tecnología 3D para crear imágenes tridimensionales en tiempo real. Esto es espe-

cialmente útil en procedimientos que requieren una visualización precisa en tres dimensiones, como la colocación de dispositivos médicos (por ejemplo, stents o marcapasos). La fluoroscopia en 3D mejora la precisión y la seguridad de estos procedimientos al proporcionar una mejor comprensión de la anatomía tridimensional.

Fluoroscopia de Contraste: En esta modalidad, se administra un agente de contraste radiopaco al paciente, generalmente por vía intravenosa u oral. Este agente de contraste es visible en las imágenes de fluoroscopia y resalta las estructuras internas del cuerpo, como los vasos sanguíneos, el tracto gastrointestinal y otros sistemas anatómicos. La fluoroscopia de contraste es esencial para visualizar y evaluar condiciones médicas que implican la circulación sanguínea, el sistema digestivo y otras áreas del cuerpo. Facilita la detección de obstrucciones, anomalías y patologías.

En resumen, la fluoroscopia es una herramienta valiosa en el campo de la medicina, ya que permite la visualización en tiempo real de diferentes partes del cuerpo y facilita el diagnóstico, el tratamiento y la realización de procedimientos médicos de manera más precisa y segura. Las diferentes modalidades de fluoroscopia se adaptan a las necesidades específicas de cada situación clínica.

5 Discusión-Conclusión

La fluoroscopia se ha convertido en una herramienta indispensable en la realización de muchas pruebas como cateterismos, artrografías, procedimientos electrofisiológicos, histerosalpingografías, uretrografías, fistulografías, etc, y en multitud de procedimientos como biopsias, punciones lumbares, detección de cuerpos extraños o para guiar inyecciones en las articulaciones, teniendo una gran importancia en la medicina actual. Así mismo, aunque una sola imagen tiene una baja radiación, al obtenerse imágenes de forma continuada y prolongar así el tiempo de exposición, al realizar una fluoroscopia se deben tener en cuenta las medidas de radioprotección tanto del paciente y del personal sanitario como del resto de usuarios, utilizando las medidas de distancia, tiempo y blindaje, y llevando a cabo un registro del tiempo de exposición. También se deberán tomar precauciones cuando sea necesario el uso de contrastes en cuanto a reacciones adversas del paciente así como la manipulación de los mismos por parte del personal sanitario.

6 Bibliografía

- ☒ Actas urológicas españolas
- ☒ Carefirst.Staywellsolutionsonline
- ☒ IMAIOS e-Anatomy
- ☒ Manual para Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM)

Capítulo 291

ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LAS FUNCIONES EN LAS BIOPSIAS DE PIEL

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ TORRES

RUBÉN VELA VELA

ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO

BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO

MARTA VILLA VILLAHERMOSA

1 Introducción

El adecuado procesamiento de una biopsia es el primer paso que permite brindarle al patólogo un reporte con la información necesaria para tomar decisiones acertadas y definir mejor el pronóstico de los pacientes.

Hay un vacío en el procesamiento del material quirúrgico relacionado con la piel. La mayoría de los laboratorios de anatomía patológica no tienen procedimientos adecuadamente estandarizados que tengan en cuenta las diferentes variables que afectan dicho proceso.

El tipo de técnica de biopsia escogida, ya sea por escisión o por incisión, es una decisión del patólogo, basada en su conocimiento de los diagnósticos diferenciales por considerar en un paciente en particular, además de la localización de la lesión y su tamaño.

En relación con las biopsias producto de la extirpación quirúrgica de un tumor, las fotografías o diagramas de los especímenes macroscópicos recibidos pueden

ser definitivos en asegurar el óptimo muestreo del espécimen, permitiendo a los patólogos depender menos de descripciones escritas de quien hace la disección del espécimen en las salas de procesamiento macroscópico.

Los reportes de patología de las resecciones de piel de las lesiones tumorales describen márgenes que son significativamente menores de los planeados para la escisión quirúrgica.

2 Objetivos

Describir los diferentes tipos de biopsia de piel realizadas en el laboratorio de anatomía patológica de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una investigación basada en una revisión bibliográfica sobre artículos, libros, cursos y revistas científicas. Se ha consultado en bases de datos (Google académico), seleccionando textos y citas científicas de publicaciones existentes. Se revisan métodos apropiados para el procesamiento de material quirúrgico relacionado con lesiones de piel, cuero cabelludo, uñas, etc. con el fin de suministrar una guía de referencia para el manejo de las biopsias recibidas en los laboratorios de anatomía patológica.

4 Resultados

Las biopsias de piel se pueden clasificar por: biopsias tipo punch (varios diámetros, para diagnóstico clínico y escisionales, lesiones muy pequeñas), biopsias incisionales (para diagnóstico clínico y diagnóstico de tumores), biopsias escisionales (tumorales y tipo afeitado/"shaving"/rebanado).

Las dimensiones se anotan de diferente manera: diámetro si son redondeadas, eje mayor por eje menor en piezas lanceoladas, ovoideas o rectangulares. Se describen las posibles lesiones en la superficie epidérmica: si la localización es central o excéntrica, forma plana, nodular, mamelonada, ulcerada, etc.

Se diferencia de color según si es pigmentada, blanquecina, amarillenta, violácea al igual que el tamaño (si es pequeña en un solo eje y si es mayor de 1 cm en dos o tres dimensiones, se anota la distancia al borde quirúrgico más próximo). Se tintan todos los márgenes.

La inclusión en bloques se realiza según si las piezas son lanceoladas, ovoideas o rectangulares (sin puntos de sutura) con cortes transversales procurando no incluir más de cuatro cortes por bloque y piezas redondeadas o cuadrangulares (sin puntos de sutura) si son pequeñas, cortes de forma central transversal y si son grandes, cortes en cruz. Las piezas con puntos de sutura realizar cortes en cruz incluyendo tres bloques (uno con cortes transversales y otros dos bloques con los cortes en cruz).

Los punch cutáneos de 4 mm se incluyen íntegros, los de 6 y 8 mm se incluyen seccionados en dos por la mitad, realizando el corte perpendicular a la epidermis (solo se tintan y se describen cuando son punch escisionales para extirpar lesiones o tumores pequeños), los incisionales que tienen como objetivo el diagnóstico para posterior tratamiento o escisión de un tumor o lesión más grande no se tintan ni requieren descripciones minuciosas, salvo la reseña del tamaño del punch.

5 Discusión-Conclusión

Se puede decir que el tallado es una parte fundamental para el desarrollo de la pieza a tratar y que podamos sacarle todo el partido posible, por lo que es una tarea minuciosa.

Parece fácil este proceso, pero requiere mucha atención, rigor en el procedimiento y seguimiento del protocolo de forma adecuada. Hay que tratar con sumo cuidado este tipo de piezas, ya que por sus dimensiones y consistencia se pueden deteriorar con facilidad.

Es importante que el trabajo entre técnico y patólogo fluya de mejor forma posible y las pautas que marque el facultativo sean claras y concisas para que se dé un trabajo satisfactorio entre ambas partes.

6 Bibliografía

1. Procesamiento de biopsias de piel en el laboratorio de patología / Wilber Javier Martínez, Rodrigo Restrepo [Artículo de revisión] [citado año 2013].
2. Dermatopatología / Carmen Yus Gotor, Nerea Torrecilla Idoipe, Ramiro Álvarez Alegret (Hospital Universitario Miguel Servet) [I Curso de tallado para TEAPs] [citado año 2018].

Capítulo 292

ANATOMÍA PATOLÓGICA ANTE UNA METÁSTASIS CARDÍACA

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ TORRES

RUBÉN VELA VELA

ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO

BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO

MARTA VILLA VILLAHERMOSA

1 Introducción

Los tumores cardíacos metastásicos, también llamados tumores secundarios, son 40 veces más comunes que los tumores primarios, involucran el corazón y/o el pericardio y casi siempre tienen un mal pronóstico, ocurriendo en 10 a 20% de las autopsias. El cáncer tiende a metastatizar en el corazón más que el cáncer de sarcoma, de los cuales los tres tipos más importantes de cáncer son el cáncer de bronquios, el cáncer de mama y el cáncer de mediastino. Sin embargo, el mesotelioma y el melanoma, cuya incidencia según algunos datos supera el 50%, son neoplasias malignas primarias con potencial de provocar metástasis en el corazón (MC). El cuadro clínico de la CM es variado y depende en gran medida de su localización: en el pericardio, puede manifestarse como pericarditis, pero principalmente como derrame pericárdico sanguinolento o taponamiento cardíaco; en el músculo cardíaco a menudo causa arritmia e incluso angina debido a la presión sobre las arterias coronarias

MK, con menos frecuencia: embolización del tumor en la arteria coronaria; y en la aurícula derecha se manifiestan clínicamente como insuficiencia ventricular derecha. El diagnóstico de metástasis cardíacas por cáncer de pulmón de células no pequeñas es raro, especialmente cuando clínicamente cursa con isquemia arterial aguda, como en el caso clínico presentado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Repasar los tumores cardíacos metastásicos.

Objetivos secundarios:

- Exponer su posible presentación clínica.
- Describir el diagnóstico y posible tratamiento de esta patología, si existe alguna alternativa terapéutica.

3 Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente de 78 años, con el origen personal de aquellos que no causan alergias, actualmente un fumador de 6 cigarrillos/día, anteriormente 1.5 paquetes/año durante más de 45 años (indicadores de este año a Año: 67), hipertensión, diabetes, discurso e historia con esfuerzos adencolar históricos, Padre Glory 7 Pt3a, tratado con cirugía de próstata más radiación tratamiento adicional en

Además, le diagnosticaron una clínica de tos y vasos sanguíneos junto con la aparición repentina de la pronunciación correcta de glenohumeral, el cáncer de pulmón celular del estadio que no se vio afectado, con una costilla secundaria dos y martes. Transfidades y metástasis en los pulmones Ipilkel, además de la enfermedad del tubo de alimentación correcta, con impresiones biológicas negativas. La paliación se resolvió con inmunoterapia con pembrolizumab a dosis de 200 miligramos cada 3 semanas, la cual se mantuvo radiológicamente estable en la última consulta de oncología en abril de 2021. Un paciente presentó los siguientes antecedentes, quien acudió a Urgencias de nuestro hospital por dolor agudo en el columna inferior izquierda. Las extremidades se sienten frías y no hay pulso en el examen físico. Ante la sospecha de isquemia arterial aguda, se realiza AngioTAC que confirma la presencia de una obstrucción en arteria femoral superficial, por lo que se traslada a quirófano para realizar una embolectomía mediante catéter Fogarty, extrayendo material embólico y material de una consistencia rara, que se envía a anatomía patológica. Posteriormente, en la planta de hospitalización

evoluciona de forma favorable, con electrocardiograma (ECG) en ritmo sinusal, por lo que con el fin de descartar fuente embolígena cardíaca, se completa el estudio del paciente mediante una ecocardiografía transtorácica (ETT) en la que se visualiza una masa móvil pediculada, con base anclada en cara inferolateral de ventrículo izquierdo, de 16 x19 milímetros. Según los resultados del TTE, una resonancia magnética cardíaca también mostró la formación, pero no pudo determinar si se trataba de un trombo o de un trombo canceroso. Mientras revisaba los estudios de imágenes adicionales del paciente, el equipo de radiología descubrió que los resultados de la exploración PET-CT

Luego de 5 meses de observación del cáncer del paciente, se descubrió un foco hipermetabólico con alta intensidad de absorción, ubicado en la superficie lateral del ventrículo izquierdo, ingresando al músculo papilar adyacente, incompatible con la absorción fisiológica del miocardio. Por otro lado, la patología del material presentado durante la cirugía por isquemia arterial mostró la presencia de células atípicas sobre un fondo de fibrinoleucocitos con gran número de células malignas. Por lo tanto, al paciente se le diagnosticó niveles elevados. un marcador de posible metástasis cardíaca secundaria a cáncer de pulmón, que puede confirmarse con precisión mediante una biopsia de tumor cardíaco. Sin embargo, esta biopsia no cambió el enfoque terapéutico, ya que la paciente optó por un tratamiento paliativo debido al estadio avanzado del tumor primario.

4 Discusión-Conclusión

Los tumores cardíacos son formas raras que en realidad se diagnostican mediante autopsia, pero ahora, gracias a los avances tecnológicos en los métodos de diagnóstico, se detectan cada vez con más frecuencia. Entre los cánceres de corazón, el más común es lo que se llama enfermedad metastásica o secundaria. En la mayoría de los casos su aparición supone una progresión importante de la patología primaria y por tanto existen pocas opciones de tratamiento, aunque en algunos casos excepcionales la radioterapia y/o la quimioterapia pueden ser una opción. Por el contrario, esta cirugía es paliativa, implica el uso de ventana pericárdica o pericardiocentesis, no resección, y en estos casos es una cirugía muy agresiva y con riesgos importantes.

5 Bibliografía

1. Eva Cabrera César, M. Carmen Fernández Aguirre y M. Victoria Hidalgo Sanjuan. Metástasis cardiacas de una neoplasia pulmonar. Arch Bronconeumol. 2017;

53 (2): 80-81.

2. Shinichi Taguchi. Comprehensive review of the epidemiology and treatments for malignant adult cardiac tumors. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2018; 66 (5): 257-262.

3. Jennifer M Sarjeant, Jagdish Butany, Robert J Cusimano. Cancer of the heart: epidemiology and management of primary tumors and metastases. *Asc Drugs* 2003; 3 (6): 407-21.

4. Cipriano Abad. Tumores cardíacos (II). *Rev Esp Cardiol*. 1998; 51: 103-114

Capítulo 293

ANATOMÍA PATOLÓGICA Y SUS FUNCIONES CON LOS GRUPO DE INFECCIONES FÚNGICAS SUPERFICIAL

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ TORRES

RUBÉN VELA VELA

ROSA MARÍA TINAJO OLMEDO

BEATRIZ HERRANZ DEL OLMO

MARTA VILLA VILLAHERMOSA

1 Introducción

La dermatofitosis se refiere a un grupo de infecciones fúngicas superficiales causadas por varios hongos en la piel. Actualmente se conocen unas 40 especies diferentes, divididas en 3 géneros: *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*, mientras que se sabe que los animales artrodermoides son termófilos y genofílicos, rara vez infectan a los humanos. *Lophophyton* y *Nannizzia* y pueden ser identificados por sus diferentes características bajo microscopía y cultivo. Provocan dermatomicosis principalmente lesiones primarias de la piel y anejos bajo el cuadro clínico de micosis, que dependiendo de la zona del cuerpo afectada se denomina micosis de los pies de la cabeza, tronco e inglés, pies y uñas.

. (duodécimo).

Dermatophytidae, también conocidas como "reacciones id", descritas por primera vez por Jadasson en 1918, corresponde a un fenómeno inflamatorio causado por infecciones fúngicas primarias causadas por dermatofitos, que pueden causar lesiones secundarias a distancia a través de mecanismos inmunológicos. Los brotes son estériles y paralelos al foco de la infección, desapareciendo cuando regresan. No corresponde a una patología generalmente aceptada, se observa en menos del 5% de los pacientes con tiña versicolor, pero su sospecha es necesaria para orientar las estrategias clínicas, es decir, no hacer un diagnóstico apresurado, sino diagnosticar por histología y evitar tratamientos innecesarios. Las más comunes son enfermedades dermatológicas como tinea capitis, tinea capitis y cambio de uñas. Es posible que no se reconozcan o notifiquen en la práctica clínica habitual, por lo que se ha actualizado este documento.

2 Objetivos

Explicar e indicar el manejo y el diagnóstico por parte del equipo de anatomía patológica la dermatofitides en los centros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Su cuadro clínico es variado y variable dependiendo de la respuesta inmune del huésped, y se caracteriza frecuentemente por lesiones eritematosas simétricas que van desde microfaringe hasta pápulas de mayor tamaño, con escamas asociadas a eritema circundante con marcada tendencia a la localización. Puede causar daños locales o generales en la superficie de la piel. Aparecen durante la fase infecciosa aguda, 10-15 días después de la infección, o una mediana de 13 días después del inicio de la terapia antifúngica. En base a los datos disponibles, se han determinado las tres manifestaciones clínicas principales que pueden ocurrir:

Liquen Dermatoftos: descritos como microquistes de crecimiento simétrico, más comúnmente en el tronco y el cuello, algunos pueden ser necróticos. A menudo asociado con Querion de Celsus causado por *Trichophyton verrucosum*, más tarde descrito como calvicie de forma irregular con mucha picazón, a veces asociada con ganglios linfáticos agrandados en el cuero cabelludo. Según los informes de casos, puede ser solo cutánea o estar acompañada de síntomas sistémicos y lesiones cutáneas, incluso en presencia de cartílago (bursitis). En un estudio prospectivo, se detectaron reacciones dermatológicas en el 68% de los niños diagnosticados con la enfermedad de Kerion Celsus, lo que es una indicación importante de que el paciente tiene estas características. Dermatóftos dihidricos: Corresponde a la forma expresada con mayor frecuencia. Son múltiples ampollas o ampollas en las superficies laterales de los dedos y manos, o en el dorso de la mano. A menudo se asocia con reacciones inflamatorias graves de tinea pedis, causada principalmente por *T. sustancias psicoactivas*. Se describen como muy picantes e incluso sensibles a la presión con los dedos. En el estudio en 37 de 213 pacientes (17 %), Tinea pedis se desarrolló con Tinea pedis. En estos pacientes, 1-2 semanas después de la infección inicial, los folículos simétricos aparecen en el área secundaria, principalmente en los dedos o manos de ambas manos. Otras formas menos frecuentes asociadas a enfermedades dermatológicas son el eritema multiforme, la vaginitis, el eritema nodoso, el eritema de las extremidades inferiores y la equimosis anular. Se dice que esto último sucedió por una razón desconocida. Se han obtenido datos experimentales y clínicos que apoyan la tesis de que en algunos casos el eritema aferente correspondiente a la micosis afecta comúnmente al pie en *T. Además*, se describió una reacción sistémica, dermatofitosis, en una niña de 11 años con *M. canis*.

PARA DIAGNÓSTICO

Para distinguir entre la infección primaria causada por bacterias dermatofitas y bacterias dermatofitas, se ha propuesto un conjunto básico de criterios de diagnóstico para detectar la respuesta ideológica en el huésped. Por lo tanto, requieren 3 criterios diagnósticos. La tiña capitis primaria se confirma mediante examen histológico o cultivo directo. Deben identificarse las lesiones distales con síntomas no infecciosos, a diferencia de las lesiones primarias cuando tanto el cultivo como la histología directa son negativos. Resolución espontánea de la reacción después de la curación de la infección fúngica primaria. Las pruebas intradérmicas para tricofitina, menos utilizadas en la actualidad, corresponden a una de las principales proteínas antigénicas. En los expuestos al hongo se desarrolla un nódulo inflamatorio en el sitio de punción, lo que se considera un resultado positivo, por lo que en pacientes con tiña versicolor se considera una

reacción alérgica de tipo tardío aplicada previamente. El diagnóstico se confirma por la ausencia de componentes fúngicos en la región ID reactiva y su progresión a medida que se resuelve la infección fúngica primaria.

5 Discusión-Conclusión

Las dermatofitids corresponden a reacciones que ocurren en individuos alérgicos y se cree que son causadas por antígenos fúngicos circulantes de la infección primaria. Ocurren durante la fase aguda de una infección cutánea o varios días después de iniciado el tratamiento. Se cree que los dermatofitos son mucho más comunes de lo que se informa y, a menudo, se confunden con alergias a medicamentos. El conocimiento de esta enfermedad es importante para distinguirla de otras enfermedades dermatológicas como la urticaria, la dermatitis de contacto, la dermatitis atópica, la infección fúngica diseminada, la sobreinfección bacteriana, enfermedades de la piel que a menudo se caracterizan por y el uso similar, utilizando métodos de diagnóstico, es innecesario e ineficaz agentes terapéuticos.

6 Bibliografía

1. Topaloğlu Demir F, Karadag AS. Are Dermatophytid Reactions in Patients with Kerion Celsi Much More Common Than Previously Thought? A Prospective Study. *Pediatr Dermatol*. 2015;32(5):635-640. doi:10.1111/pde.12515.
2. Cheng N, Rucker Wright D, Cohen BA. Dermatophytid in tinea capitis: rarely reported common phenomenon with clinical implications. *Pediatrics*. 2011;128(2):e453-e457. doi:10.1542/peds.2010-2757.
3. Sorey W. Diagnosis: Dermatophytid reaction (Id reaction). Commentary. *Clin Pediatr (Phila)*. 2009;48(3):335

Capítulo 294

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO ANTE UNA SOSPECHA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA.

ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL

1 Introducción

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad grave, en la que la cantidad de sangre que bombea el corazón cada minuto (lo que se conoce como gasto cardiaco), es insuficiente para satisfacer las necesidades de oxígeno y nutrientes del organismo.

En España se considera que un 5 % de la población padece Insuficiencia Cardiaca, estando en aumento su incidencia, siendo mayor en mujeres (10 %) que en hombres (3 %). Las radiografías de tórax son indicación absoluta para todos los pacientes con sospecha o que ya estén diagnosticados de una insuficiencia cardiaca de reciente comienzo, estas radiografías de tórax nos permiten evaluar la cardiomegalia, (forma y tamaño del corazón), también evalúa la redistribución vascular, edema de los alveolos pulmonares, etc. Las radiografías de tórax nos aportan información del estado del corazón, como también el de los pulmones, y nos ayudan a diagnosticar y tratar correctamente la Insuficiencia Cardiaca. Se puede ver el tamaño del corazón (aurículas y ventrículos); si existe cardiomegalia (corazón grande), y también el líquido que se pueda acumular en los pulmones en una Insuficiencia Cardiaca.

La mayoría de las veces la insuficiencia cardiaca se produce porque el corazón se ve sometido a un gran esfuerzo durante meses o años, lo que produce el agrandamiento de este (cardiomegalia). En un principio este aumento de tamaño se acompaña de unas contracciones más fuertes, pero al final el corazón agrandado lo más frecuente es que pueda disminuir su capacidad de bombeo y provocar la insuficiencia cardiaca. A pesar de que es un proceso que va empeorando lentamente con el paso del tiempo, las personas que sufren este trastorno pueden vivir muchos años; no obstante, el 70 % de las personas con insuficiencia cardiaca fallece antes de transcurridos 10 años a partir del diagnóstico.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la función del técnico en radiodiagnóstico en la insuficiencia cardiaca.

3 Caso clínico

Paciente de edad avanzada, (mujer de 80 años de edad), que acude al servicio de urgencias hospitalarias por disnea de mínimos esfuerzos y malestar general, acompañado también de edemas en los tobillos (maléolos). Esta paciente tiene antecedentes de cardiopatía isquémica (infarto de miocardio).

En la anamnesis y exploración de la paciente se realiza una pulsioximetría basal, con resultado de una saturación de oxígeno en la sangre de 91 %. La paciente refiere que en ocasiones el ahogo es nocturno, ya que cuando se encuentra acostada favorece el desplazamiento del líquido hacia el interior de los pulmones; sin embargo, nos dice la paciente que cuando se sienta, nota que mejora la respiración, porque el hecho de sentarse hace que el líquido salga de los pulmones facilitando así la respiración.

Se debe de tener en cuenta que un edema pulmonar agudo puede llegar a ser mortal, estando en este caso ante una situación de máxima urgencia. Para el diagnóstico de una insuficiencia cardiaca suelen ser suficientes la sintomatología. Tras la exploración inicial, el médico envía una petición de radiografías de tórax con proyecciones pósterio anterior y lateral izquierda, y de un ecocardiograma para establecer el diagnóstico definitivo.

Otras pruebas que pide el médico que la trata son analíticas de sangre, electrocardiogramas, pruebas de esfuerzo (siempre debidamente controlada la paciente), to-

mografía computarizada, resonancia magnética, angiografía coronaria (con contraste para observar el interior de las arterias) y una biopsia del miocardio (para saber si la causa de la Insuficiencia Cardíaca se encuentra en el músculo cardíaco).

Una vez la paciente en la sala de exploración radiológica, el técnico en imagen para el diagnóstico se cerciora que la paciente no lleve cualquier objeto metálico, ya que puede producir interferencias al hacer las radiografías. El técnico utiliza un haz de rayos x de aproximadamente 120 - 140 kv, (kilovoltios), lo que permite una adecuada penetración en los tejidos, obteniendo así una buena resolución de las partes blandas.

En la radiografía pósterior anterior del tórax, el técnico coloca a la paciente en posición pósterior anterior erecta (bipedestación), (pudiendo también hacerlo sentada erecta), el pecho de la paciente estará contra el chasis, con la cabeza dirigida hacia adelante sin rotación. Se descienden los hombros y se colocan en íntima proximidad con el portaplacas. La superficie dorsal de las manos se apoya sobre las caderas. El rayo central se dirige horizontalmente hacia el plano sagital medio a nivel de la sexta vértebra dorsal. El disparo se hace en máxima inspiración.

En la radiografía lateral izquierda del tórax, el técnico, coloca a la paciente en bipedestación o sentada erecta, con el lado izquierdo del tórax contra el chasis, elevando y cruzando los brazos por encima de la cabeza. El rayo central es perpendicular al chasis y se dirige horizontalmente a nivel de la sexta vértebra dorsal y el disparo se hará en máxima inspiración (conteniendo la respiración). El técnico en imagen para el diagnóstico identificará las placas (nombre del paciente, etc.).

4 Discusión-Conclusión

La anamnesis y el estudio radiológico acompañado de un ecocardiograma reglado permite establecer el diagnóstico definitivo, obteniendo la suficiente información con el objetivo de hacernos una idea del pronóstico de la insuficiencia cardíaca (función contráctil del ventrículo izquierdo, etc.) y su posterior tratamiento médico. Las pruebas que se realizan en una insuficiencia cardíaca establece la etapa de la enfermedad, y sirve para elegir el mejor tratamiento posible.

La elección del kilovoltaje y de los miliamperios por segundo que decida poner el técnico en imagen para el diagnóstico será primordial para destacar la penetración adecuada en todas las distintas regiones y tejidos del tórax, teniendo en

cuenta también la corpulencia que pudiera tener el paciente, también tendrá en cuenta las normas respiratorias.

En lo que respecta a la elección de la posición que el técnico decida, estará condicionada al estado en que se encuentre la paciente, la más habitual es la posición erecta (bipedestación), las demás posiciones se eligen para los pacientes encamados, que no se encuentren bien, etc. Para que las escápulas queden excluidas de los campos pulmonares se prefiere usar la posición postero anterior, también los brazos en esta posición se pueden colocar más fácilmente.

En una insuficiencia cardíaca, las radiografías de tórax evalúan la cardiomegalia (corazón grande,); también se pueden ver las alteraciones neumovasculares que se producen por el aumento de la presión venosa. Ante la sospecha de una Insuficiencia Cardíaca o de reciente diagnóstico, (unido a otras pruebas cómo es el electro cardiograma, etc.), las radiografía de tórax cuando el paciente llega al servicio de urgencias hospitalarias es una herramienta pronóstica para que el médico responsable de la paciente decida o no el ingreso hospitalario. Las radiografías de tórax nos sirven para descartar que la paciente tenga una enfermedad pulmonar. La rapidez y facilidad de los rayos x son útiles en diagnósticos y tratamientos de emergencia.

5 Bibliografía

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

Capítulo 295

EL TÉCNICO DE LABORATORIO EN LOS ESTUDIOS PRETRANSFUSIONALES

NOELIA CARRERO DEL FRESNO

ALBA HERNÁNDEZ PEREA

ISABEL FERNÁNDEZ PECES

MANUEL MUÑOZ REDONDO

SELENE HERVÁS CODES

1 Introducción

Aunque existen muchos grupos sanguíneos, los más importantes a tener en cuenta ante una petición de transfusión, son los del sistema ABO y Rh, y conocerlos bien es la base del trabajo del técnico de laboratorio en el banco de sangre.

Cuando nos llega al laboratorio una solicitud de transfusión de algún hemoderivado, se realiza un estudio pretransfusional, según proceda, que es un conjunto de pruebas que se realizan para asegurar la compatibilidad de la sangre entre una persona donante y otra receptora.

Cuando se solicita una transfusión de un concentrado de hematíes, las pruebas que realiza el técnico de laboratorio en el banco de sangre, según cada caso, son:

- Determinación del grupo sanguíneo. Para buscar una bolsa de sangre del donante compatible con la sangre del receptor.
- Pruebas cruzadas. Para garantizar la compatibilidad de la sangre que se va a transfundir con la del receptor.
- Escrutinio de anticuerpos irregulares. Para descartar la presencia de algún anticuerpo o, en caso de que salga positivo, para estudiar de qué anticuerpo se trata y buscar una bolsa que no tenga el antígeno correspondiente.
- Estudios inmunohematológicos. En el caso de que las pruebas cruzadas o el escrutinio salga positivo, debemos estudiar el caso en profundidad y no transfundir ninguna bolsa hasta que no finalicemos el estudio o, en caso de extrema urgencia, hasta que no se encuentren bolsas compatibles que den negativo en las pruebas cruzadas rápidas.

En algunas ocasiones puntuales, para la realización de intervenciones quirúrgicas, se puede considerar la opción de realizar una autotransfusión en el preoperatorio o durante la operación, pero esos casos los valorará previamente el médico e informará a los técnicos del banco de sangre para el correcto procedimiento.

2 Objetivos

- Visibilizar la importancia de las funciones del técnico de laboratorio en el banco de sangre.
- Explicar las técnicas que se deben hacer, según corresponda, para la realización de un estudio pretransfusional.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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

Siempre que se realiza una solicitud para una transfusión de algún hemoderivado, debe enviarse al banco de sangre junto con una muestra de sangre del paciente que va a ser transfundido, para la realización del estudio pretransfusional.

El técnico comprobará la correcta identificación de la muestra y de la solicitud y realizará los siguientes estudios:

- Grupo ABO y Rh. Se puede realizar en placa, en tubo o en tarjeta; esto dependerá del protocolo de cada banco de sangre.
- Escrutinio de anticuerpos irregulares (en el caso de pedir concentrados de hematíes).
- Pruebas cruzadas (para concentrados de hematíes). Se realiza enfrentando los hematíes del donante con el plasma del paciente, y si no se produce aglutinación, el resultado es negativo y la bolsa se considera compatible.
- Estudio inmunohematológico (en el caso de salir el escrutinio positivo o las pruebas cruzadas). Se realiza un panel de anticuerpos y se continua el estudio con las pruebas que vayan siendo necesarias en función de los resultados del panel, o se concluye si sale un resultado claro.
- Fenotipo RH y Kell, en el caso de niños, mujeres menores de 50 años y pacientes hematológicos.

Para la realización de un estudio inmunohematológico se comienza con un panel de anticuerpos irregulares para determinar de cual se trata y, si el resultado es claro y se determina cual es, se transfunden bolsas de hematíes con el mismo fenotipo. Por el contrario, si el resultado no nos permite identificar el anticuerpo, se realizarán otras pruebas, según proceda, como pueden ser Coombs Directo, titulación (en caso de salir positivo), panel de papaína, panel de diferentes temperaturas, etc. Si la transfusión es muy urgente, y lo considera el hematólogo, se realizarán las pruebas cruzadas para poder transfundir rápidamente alguna bolsa compatible de forma segura, mientras se realiza el estudio.

Cuando se solicita una transfusión de plaquetas, no es necesaria la realización de todos los estudios anteriores, ya que la compatibilidad del Rh en una transfusión de plaquetas es la misma que en el caso de los concentrados de hematíes, pero con menos riesgos; en un caso así, solo se transfunde una bolsa con el mismo grupo sanguíneo siempre que sea posible, aunque se puede transfundir con otro grupo si fuese necesario y no se aprecia coloración roja en la bolsa, para evitar posibles reacciones transfusionales. Según el caso, una vez concluida la transfusión, si a un paciente Rh negativo se le ha transfundido con plaquetas procedentes de un donante Rh positivo, si el médico lo cree conveniente, la persona transfundida podría recibir un tratamiento para evitar problemas de inmunización.

En el caso de recibir una solicitud de transfusión de plasma, el Rh no se tiene en cuenta, ya que no hay anticuerpos anti-Rh de forma natural.

5 Discusión-Conclusión

Es de verdadera importancia que los técnicos de laboratorio que trabajen en un banco de sangre tengan pleno conocimiento de todas las técnicas a realizar y estén en constante formación de nuevas técnicas y protocolos.

Para trabajar en un banco de sangre hay que ser consciente de la responsabilidad que conlleva, así como de las posibles complicaciones que pueden darse y las actuaciones a seguir para actuar lo más rápidamente posible y de forma segura, ya que, aunque hoy en día las transfusiones son seguras gracias a los estudios pretransfusionales que se realizan, pueden existir algunos riesgos, que tanto el paciente como los familiares tienen derecho a conocer y a decidir si quieren que se realice la transfusión o no.

6 Bibliografía

1. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1017-85461996000100006
2. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-guia-sobre-transfusion-componentes-sanguineos-13079172?code=WoeLFPsN5EhQCw4kv6M7auXZIdVDK3&newsletter=true>
3. <https://www.hemomadrid.com/servicios/banco-de-sangre/pruebas-cruzadas/>
4. <https://www.bspmoscoso.com/compatibilidades/>

Capítulo 296

LOS MARCADORES BIOQUÍMICOS DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y EL TÉCNICO DE LABORATORIO

EVELIA CUÉLLAR MERINO

ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA

CRISTINA ALARCÓN CÁMARA

ANTONIO JESÚS ROJAS BARRIONUEVO

ISABEL DELGADO GONZALEZ

1 Introducción

El infarto agudo de miocardio (IAM), comúnmente conocido como ataque cardíaco, es una afección médica grave que ocurre cuando una obstrucción en una arteria coronaria detiene o reduce significativamente el flujo sanguíneo aparte del músculo cardíaco. Esta obstrucción suele ser causada por un coágulo de sangre que se forma en una arteria que ya está estrechada debido a la acumulación de placa. El IAM es una causa importante de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, y su diagnóstico y tratamiento tempranos son fundamentales para la supervivencia y recuperación del paciente.

Los marcadores bioquímicos desempeñan un papel central en la evaluación y diagnóstico del IAM. Estos marcadores son sustancias químicas presentes en la

sangre que pueden indicar daño al músculo cardíaco. Cuando el músculo cardíaco se daña, los niveles de estos marcadores aumentan en la sangre, lo que los convierte en herramientas importantes para identificar y caracterizar los ataques cardíacos.

El diagnóstico temprano y preciso del infarto de miocardio es fundamental, ya que permite una intervención médica inmediata que salva vidas y minimiza el daño cardíaco. Los marcadores bioquímicos son una parte importante de esta evaluación y su análisis cuidadoso proporciona información valiosa a los médicos y equipos médicos.

Este estudio revisa en detalle los principales marcadores bioquímicos utilizados para el diagnóstico del IAM. Exploraremos cómo se generan estos marcadores, cómo se recopila información sobre ellos, cómo se interpretan sus valores y cómo influyen en el tratamiento de los pacientes con IAM. Además, nos centraremos en la relevancia clínica de estos marcadores en la práctica médica actual y el desarrollo de técnicas de detección.

2 Objetivos

- Informar sobre la tecnología de detección y los marcadores bioquímicos clásicos en el Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

3 Metodología

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

4 Resultados

-Marcadores Bioquímicos Clásicos:

1.Troponina:

La troponina se considera el marcador de elección en el diagnóstico de IAM debido a su alta especificidad y sensibilidad. La liberación al torrente sanguíneo se produce principalmente debido al daño del miocardio. Se ha desarrollado una

tecnología de troponina altamente sensible que permite una detección temprana y precisa incluso en pacientes con IAM sin elevación del segmento ST (NSTEMI).

2.Creatina quinasa-MB (CK-MB):

La CK-MB es menos específica que la troponina, pero se ha utilizado en el pasado para diagnosticar el IAM. Su aumento en la sangre se correlaciona con daño al músculo cardíaco. Actualmente, su uso está disminuyendo y se prefiere la troponina.

3.Mioglobina:

La mioglobina es un marcador temprano de daño al músculo cardíaco y puede elevarse en las primeras horas después de un ataque cardíaco. Aunque su utilidad radica en su rápida liberación, su especificidad es limitada y se utiliza en combinación con otros marcadores.

-Marcadores bioquímicos Emergentes:

1.Proteína C reactiva (PCR) de alta sensibilidad:

La PCR de alta sensibilidad es un marcador inflamatorio que puede estar elevado en el IAM, especialmente en la fase aguda. Además de su función diagnóstica, también es relevante para el pronóstico y la estratificación del riesgo de los pacientes con IAM.

2.Péptido natriurético tipo B (BNP):

El BNP se eleva en casos de estrés cardíaco, como el IAM. Su medición es útil en la evaluación de la función cardíaca y en la diferenciación de pacientes con dolor torácico agudo.

3. Isoenzima creatina quinasa MM (CK-MM):

CK-MM es una variante de CK que se encuentra en el músculo esquelético y cardíaco. Su detección se ha propuesto como marcador específico de daño miocárdico.

-Tecnología de detección:

1.Troponina de alta sensibilidad:

La troponina de alta sensibilidad revoluciona el diagnóstico de IAM al permitir la detección de niveles bajos de troponina incluso en pacientes sin síntomas evidentes. Esto mejora nuestra capacidad para detectar IAM tempranamente.

2.Métodos de punto de atención:

Se están desarrollando pruebas de marcadores bioquímicos que pueden realizarse en el punto de atención, lo que acelera el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

-Impacto en la toma de decisiones clínicas:

Los marcadores bioquímicos son importantes en la toma de decisiones clínicas. Estos permiten confirmar el diagnóstico de IAM, estratificar el riesgo de los pacientes, tomar decisiones en la selección del tratamiento, evaluar la respuesta al

tratamiento y predecir los resultados a largo plazo.

-Perspectivas futuras:

La investigación continúa para desarrollar nuevos marcadores bioquímicos y técnicas de detección más sensibles y específicas. Estos avances seguirán mejorando nuestra capacidad para diagnosticar y tratar ataques cardíacos, lo que podría mejorar la atención y los resultados de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La investigación sobre marcadores bioquímicos del infarto agudo de miocardio (IAM) ha demostrado la importancia crítica de estas sustancias en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de esta devastadora enfermedad cardíaca. Como conclusión, los marcadores bioquímicos son esenciales para la evaluación de los pacientes con IAM. Estos permiten una confirmación precisa del diagnóstico, la estratificación del riesgo y la toma de decisiones clínicas informadas.

La troponina, la creatina quinasa MB (CK-MB) y la mioglobina son marcadores clásicos en el diagnóstico del IAM. Aunque sus usos varían, las troponinas, se han convertido en el estándar de oro debido a su alta sensibilidad y especificidad.

La proteína C reactiva (PCR) de alta sensibilidad, el péptido natriurético tipo B (BNP) y la isoenzima MM creatinquinasa (CK-MM) han demostrado tener un valor añadido en la evaluación del paciente con IAM, ya que proporcionan información sobre la inflamación, la función cardíaca y el daño miocárdico.

Las tecnologías de detección avanzadas, con las pruebas de troponina altamente sensibles y las pruebas en el punto de atención revolucionan el diagnóstico de IAM, permitiendo una detección temprana y precisa de la enfermedad.

La información proporcionada por estos marcadores influye en la toma de decisiones clínicas, desde la confirmación del diagnóstico hasta la estratificación del riesgo y la selección de los tratamientos adecuados.

La investigación continua promete nuevos marcadores y técnicas de detección que mejorarán aún más la atención de los pacientes con IAM, lo que podría conducir a un diagnóstico más rápido y un tratamiento más eficaz. La investigación y el desarrollo continuos en este campo garantizarán un futuro prometedor para la detección y el tratamiento de esta enfermedad cardíaca común y potencialmente mortal.

6 Bibliografía

1.<https://www.labtestsonline.es/tests/marcadores-cardiacos>.

- 2.<https://www.infobioquimica.com/new/2016/06/13/marcadores-bioquimicos-de-necrosis-miocardica/>.
- 3.https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap25.pdf.
- 4.<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/pruebas-diagnosticas/diagnostico-infarto-agudo-miocardio>.

Capítulo 297

DIAGNÓSTICO DE NEUMOTÓRAX POR EL TÉCNICO DE RAYOS

JUAN MARTORELL SANCHEZ

JOSÉ LUIS NEVADO MORENO

ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

ANDREA ARENAS VILLALTA

ROCIO MALDONADO MOLINA

1 Introducción

La cavidad pleural es el espacio donde se encuentra entre la pleura visceral y la pleura parietal. En este espacio de pequeño tamaño se encuentra una pequeña cantidad de líquido, llamado líquido pleural. Si este espacio se llena de aire, nos referimos a un neumotórax.

A consecuencia de esto, el pulmón puede verse colapsado y este deja de realizar la oxigenación de una forma adecuada. El aire que entra en este espacio o esta cavidad puede provenir del propio pulmón o del exterior. El diagnóstico es clínico por medio de la exploración física y utilizando la auscultación pulmonar. Existen varios tipos de neumotórax. El neumotórax espontáneo que aparece sin causa aparente o en neumotórax traumático.

Los síntomas del neumotórax se caracterizan por un dolor de aparición súbita y una dificultad respiratorio o disnea.

Si nos centramos en todas las técnicas radiográficas, la radiografía de tórax es la técnica de elección para confirmar el diagnóstico de cada paciente. Aunque sabemos que los técnicos de radiodiagnóstico nos plantean la duda de si utilizar otra técnica de imagen como diagnóstico en esta patología, como puede ser la ecografía o la tomografía axial computarizada (TAC).

Un neumotórax es la entrada de aire en la cavidad pleural.

2 Objetivos

Conocer e indicar la utilidad de la ecografía o el TAC en el diagnóstico del neumotórax a los pacientes por parte del técnico de rayos

3 Metodología

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

4 Resultados

La tomografía axial computarizada de tórax es un método muy sensible para el diagnóstico de neumotórax, pero no puede ser utilizado como método de diagnóstico principal debido a que emite una alta radiación que se somete el paciente, su alto coste y su baja disponibilidad.

La ecografía a pie de cama con el paciente ha resultado ser más eficiente que la radiografía convencional en los pacientes quirúrgicos. Esta tiene el beneficio de una alta precisión diagnóstico, una alta accesibilidad, un bajo coste y además se tiene la ventaja de una prueba no invasiva, lo que permite que la prueba se realice sin ninguna radiación, pero a su vez, puede tener como inconveniente la complicación de la observación de la imagen debido a pacientes poco ecogénicos, a calcificaciones pleurales o la presencia de enfisemas subcutáneos.

Además, otro aspecto negativo que puede presentar esta técnica, es que depende mucho de la habilidad del técnico, el cual necesita un adecuado entrenamiento en el manejo del ecógrafo. Si nos centramos en las técnicas radiográficas, la radiografía de tórax es la técnica de elección para confirmar el diagnóstico. Si bien sabemos que los técnicos de radiodiagnóstico nos plantean la duda de si utilizar

otra técnica de imagen como diagnóstico en esta patología, como puede ser la ecografía o el TAC.

Por lo que en cuanto a prueba de imagen, la radiografía de tórax vuelve a ser la técnica por elección.

Los estudios coinciden en que la radiografía de tórax, es la mejor prueba para el diagnóstico del neumotórax. La radiografía de tórax, junto con la exploración clínica, son cruciales para establecer un diagnóstico cierto.

Estudios también refieren que en ocasiones es necesario realizar una tomografía axial computarizada o una ecografía en determinados casos. Los neumotórax de pequeño tamaño pueden pasar desapercibidos en la radiografía de tórax y con la utilización de la tomografía axial computarizada o la ecografía se podría reconocer.

5 Discusión-Conclusión

La tomografía axial computarizada podría ser la técnica de la elección si no fuera por su alta dosis de radiación que emite sobre el paciente. Lo que la convierte en una técnica secundaria en los casos en los que no se aprecie absolutamente nada en la radiografía de tórax.

El neumotórax es una afectación frecuente en los servicios de urgencias en un hospital. La prueba de imagen resulta muy importante para el diagnóstico. La radiografía de tórax es actualmente la prueba rutinaria de elección para el diagnóstico de neumotórax junto con la historia clínica y la exploración física. Si bien la ecografía transtorácica es una técnica que tiene alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de neumotórax, ofrece muchas ventajas sobre la radiografía.

6 Bibliografía

1. Rojas, C. A. D., Sierra, I. J., Escobar, S. A. M., Moreno, A. F. V., & Cujar, R. A. D. (2017). Anatomía básica en la radiografía de tórax. *Revista Médica Sanitas*, 20(2), 116-123.

Capítulo 298

EL TÉCNICO DE RAYOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

JUAN MARTORELL SANCHEZ

JOSÉ LUIS NEVADO MORENO

ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

ANDREA ARENAS VILLALTA

ROCIO MALDONADO MOLINA

1 Introducción

Las urgencias hospitalarias tienen lugar cuando los hospitales comenzaron a ser gestionados por entidades o administraciones públicas. Ahí fue cuando se hizo un intento para clasificar a los pacientes dependiendo del nivel de gravedad y según la enfermedad que tuviesen.

Estas surgieron por primera vez en los campos de batalla como señal de recuperación de los soldados que resultaron estar heridos.

Las urgencias y emergencias se gestionan por entidades públicas dependiendo o basándose en el sistema sanitario de cada comunidad autónoma. Puede ser a nivel internacional, nacional, regional o local.

Se dice que son intrahospitalarias aquellas que atienden las urgencias y emergencias en el interior de los hospitales y se ocupan de casos de mayor gravedad y

las extrahospitalarias son las que tienen relación con los centros de atención primaria que también conocemos como centros de salud o las ambulancias como el soporte vital básico o soporte vital avanzado que se conoce también como unidad de vigilancia intensiva (UVI) móvil.

El interior de este servicio está formado por diversos departamentos y cada uno de estos está formado por una plantilla de profesionales de la salud donde cada departamento se ocupa una especialidad diferente con diversas funciones cada una dependiendo del servicio que se trate.

2 Objetivos

Conocer e indicar cuáles son algunas de las funciones de los profesionales técnicos en rayos de los centros hospitalarios y que desempeña en este servicio.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una vez que el paciente entra en el servicio de urgencias del medio hospitalario hay una sala de espera que está acondicionada para los acompañantes, también tiene diferentes secciones o departamentos donde cada uno tiene una especialidad médica diferente. Cada departamento está formado por una plantilla de profesionales sanitarios con diferentes categorías como médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, etc. y dependiendo del servicio que se trate, estos profesionales sanitarios realizan unas funciones u otras.

Cada departamento está formado por una variedad de boxes donde estarán los pacientes a la espera de ser atendidos por el médico o que vayan obteniendo resultados a diferentes pruebas médicas que se les vaya realizando para obtener un diagnóstico.

Luego también podemos observar el mostrador y la recepcionista, que es la que

recibe todos los datos de los pacientes y los archiva también recogiendo su historia clínica.

El triaje es el momento en el que los profesionales sanitarios le realizan una serie de pruebas a los pacientes como la toma de las constantes vitales como toma de la temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, también se observa las diferentes alergias, antecedentes, toma de medicamentos. El nivel de triaje puede variar dependiendo del nivel de gravedad que posean a la hora de la entrada por el servicio de urgencias.

-Nivel rojo, el paciente corre riesgo vital no puede esperar, tiene una gravedad muy alta y puede fallecer.

-Nivel naranja, el paciente corre riesgo vital, no puede esperar.

-Nivel amarillo, el paciente tiene riesgo vital y debe de ser atendido sin mucho tiempo de espera.

-Nivel verde, el paciente no corre riesgo vital, puede esperar.

Algunas de las funciones del técnico en rayos en el servicio de urgencias pueden ser:

-Realizar las radiografías o placas pedidas por los médicos.

-Colocación del paciente para su previa radiografía.

-Comprobar que los equipos funcionen adecuadamente.

-Ordenar los métodos de protección correctos.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar este capítulo de libro sobre las funciones del técnico de rayos se debe tener en cuenta que el servicio de rayos del medio hospitalario, sirve para observar cualquier patología o anomalía que pueda surgir en la salud de los pacientes y pueda afectarles de forma negativa en su día a día.

En este servicio, están profesionales de la salud con una formación adecuada para poder desempeñar y trabajar en este sector y ofrecer un mejor diagnóstico, tratamiento y solución a los problemas que puedan surgir a los pacientes en el interior o exterior del entorno o ámbito del servicio hospitalario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 299

TÉCNICO DE RAYOS EN LA OPTIMIZACIÓN DE DOSIS PARA LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

JUAN MARTORELL SANCHEZ

JOSÉ LUIS NEVADO MORENO

ROSA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

ANDREA ARENAS VILLALTA

ROCIO MALDONADO MOLINA

1 Introducción

Uno de los términos que más se utiliza dentro del campo de la salud para los Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear (TSIDMN) es el conocido ALARA respecto a las radiaciones y su uso tanto diagnóstico como terapéutico. Pero, ¿Qué significa exactamente "ALARA"? Concretamente, es un acrónimo en inglés que dice: «As Low As Reasonably Achievable». Y que su traducción en castellano viene a ser: «Tan bajo como sea razonablemente alcanzable».

El concepto ALARA es, por tanto, uno de los principios básicos para establecer cualquier medida de seguridad radiológica tanto de trabajadores-ya sea personal sanitario como no sanitario, aunque por el medio en el que se desarrolla el trabajo suele ser la mayoría sanitario-como para pacientes.

Para lograr esto hay que cumplir tres criterios básicos y que son: distancia, blindaje y tiempo.

- Por lo tanto, a mayor distancia entre el foco y el objeto o sujeto radiable, se obtendrá una menor radiación.
- Siguiendo esta línea de pensamiento hay que saber que a menor tiempo de exposición, menor irradiación.
- No solo la distancia al foco es importante y actúa como factor atenuante, otro factor que entra también en juego es la barrera protectora blindada. Si existe, la radiación también continúa disminuyendo.

Pueden parecer obvios esta sucesión de ideas, pero es importante seguir la secuencia, la ruptura de esta línea de acción puede acarrear graves consecuencias, pero este no es el único peligro, conseguir que esta línea comience a funcionar ya es de por sí un éxito, y por todo ello existe el concepto de la prevención radiológica.

El fin que persigue el concepto ALARA es en definitiva: asegurar un nivel apropiado de protección al hombre, a la población y al medio ambiente sin limitar de forma indebida las prácticas beneficiosas de la exposición a las radiaciones. Este objetivo no solo se puede conseguir mediante la aplicación de conceptos científicos y su observación durante todo el proceso, obligación que recae sobre el Técnico Superior de Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear, entre otros profesionales que trabajan en el mismo servicio.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de la optimización de dosis para la protección radiológica y analizar diversos aspectos.
- Describir el trabajo de implementación para conseguir esta optimización dentro del ámbito de la salud.

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

Hay que tener en cuenta que dentro del campo de la radiación aplicable al ámbito de la salud, los TSIDMN manejan material cuyos núcleos inestables, y se trabaja con ellos porque se necesita las transformaciones que obran en su interior. Estas transformaciones (llamadas también desintegraciones) se caracterizan por la emisión de partículas dotadas de energía y que nos van a ayudar al proceso en el que está implicada la salud de nuestro paciente. El fenómeno de emisión de esas partículas energéticas se la ha denominado genéricamente radiactividad, y fue descubierta por Becquerel en 1886.

Las emisiones o radiaciones pueden ser principalmente de tres tipos: alfa (que son aquellas que están constituidas por dos neutrones y dos protones), beta (son los llamados electrones del átomo y pueden ser tanto positivos como negativos, que se crean en el núcleo de los átomos mediante determinados procesos), y finalmente la radiación gamma constituida por fotones, es decir, radiación electromagnética similar a los rayos X y a la luz pero más energética y, por lo tanto, más difícil de controlar.

Hay dos clases de efectos radioactivos, los que ocurren con seguridad al superarse un valor determinado de la dosis de radiación recibida (deterministas o reacciones tisulares) y que sería las más deseables y buscadas, y las que tienen una probabilidad de ocurrencia creciente al aumentar dicha dosis (estocásticos) y que pueden causar más daños si se exceden en la radiación, puesto que corremos el peligro de entrar en el ámbito de la contaminación.

Se encuentra que el sistema de protección radiológica vigente se basa en la suposición de que, por muy pequeña que sea la dosis de radiación, siempre hay algún riesgo. Por lo tanto, y gracias a este celo, entra en acción del sistema de protección radiológica y la normativa de prevención vigente.

La aplicación de las normas básicas del concepto ALARA dentro de los programas operaciones de protección radiológica es la búsqueda de la reducción de las dosis que emiten los átomos y que afectan individualmente a los trabajadores según características particulares y tiempo de exposición. Esta reducción es la búsqueda de la reducción ideal, que siempre debe ser la más baja posible, y la responsabilidad de que esto sea así corre a cargo de todos los interesados en la instalación radiactiva.

Para ello, y con el convencimiento de que lo mejor que se puede aplicar dentro de este campo es el concepto ALARA, se encuentra que debe usarse todos los recursos disponibles de forma que los riesgos queden minimizados y si no extintos, a partir de su aplicación por parte de todas las personas integrantes del servicio

de prevención y de instalaciones radioactivas.

Para implementar la Protección Radiológica habría que analizar los siguientes aspectos:

- Realización de un análisis de las dosis individuales asociadas a cada tipo de trabajo, teniendo en cuenta las técnicas empleadas, puesto que no todas son iguales, los tiempos de exposición en cada técnica (a más exposición, más peligro) y la naturaleza del aparato que se use, por ejemplo: portátil o no portátil, así como la habilidad y experiencia del técnico.
- Aplicación desde el primer momento de restricción de dosis a todos los que estén en la instalación, ya sea paciente o personal cualificado, con el sencillo objetivo de ser 0 cerca a 0.
- Realización y aplicación de planes de formación continuada y práctica, ya sea por unos medios u otros para los profesionales. Es bueno el intercambio de propuestas e ideas, la colaboración en protocolos y buzones de sugerencias, e incluso si fuera necesario de quejas. Se prioriza la búsqueda de la mejor experiencia para mejorar habilidades y para ello se inicia un proceso activo que debe de culminar con la implantación de la mejor idea.
- Reducción del tiempo de exposición (muy importante) según los criterios del concepto ALARA (recordemos introducción); además este tiempo debería estar asociado a la ejecución. Es decir, tiempo mínimo, ejecución mínima, buenas medidas físicas, resultado máximo.

Una implementación para la optimización de dosis en la protección radiológica no solo significa estudiar, analizar y adaptar una serie de medidas conceptuales al servicio, también hay que proponer y efectuar una reevaluación y si es necesario un reajuste. Para seguir este plan hay que integrar desde el primer gestor hasta el último trabajador. Un equipo eficiente es un equipo que funciona, no sirve de nada dar ideas y no conseguir que estas sean puestas en prácticas y si lo son, observar los errores y lograr enmendarlos.

5 Discusión-Conclusión

Ante el peligro que representa la emisión para el diagnóstico y tratamiento para los pacientes con radiaciones ionizantes, hay que tomar una serie de medidas adicionales. Este artículo comprende la necesidad de tales medidas y hacerlas además extensivas obligatoriamente a los profesionales que trabajan con dichos equipos de radiaciones dentro y fuera de las instalaciones radioactivas.

Se remarca la necesidad imperiosa de formación y todavía más: de adiestramiento del personal. Concienciar a los propios profesionales y a sus superiores es una

tarea tan importante como proteger al paciente de una radiación innecesaria. Ello pasa, se concluye, por optimizar las dosis con las que se opera dentro del servicio, con la observación de nuevas medidas, implementación y revaluación con el objetivo de los principios ALARA.

6 Bibliografía

1. Técnicas de imagen por resonancia magnética. Ed. Síntesis 2019. Vicente Juan Megías Moreno.
2. Técnicas de imagen de medicina nuclear, Ed Síntesis 2019. Autor: Carlos Vallejo Carrascal.
3. Técnicas de radiofarmacia, Ed Síntesis 2019. Autora: Julia Vallés Pascual.
4. www.csn.es.
5. www.mscbs.gob.es.
6. www.prlaborales.com.

Capítulo 300

GESTIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS EN EL LABORATORIO, POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO.

EVELIA CUÉLLAR MERINO

ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA

CRISTINA ALARCÓN CÁMARA

ANTONIO JESÚS ROJAS BARRIONUEVO

ISABEL DELGADO GONZALEZ

1 Introducción

Los laboratorios son epicentros de innovación, investigación y descubrimiento en una amplia gama de campos, desde la medicina hasta la química y la biología. En estos espacios, científicos y técnicos de laboratorio trabajan arduamente analizando, experimentando y desarrollando nuevos descubrimientos y productos. Sin embargo, detrás de este proceso aparentemente perfecto se esconde el importante desafío de generar y eliminar residuos peligrosos.

La eliminación adecuada de residuos peligrosos es fundamental tanto para la seguridad de los trabajadores del laboratorio como para el medio ambiente. Los desechos peligrosos pueden contener una variedad de sustancias, desde químicos tóxicos hasta materiales biológicos infecciosos. Estos desechos plantean riesgos

potenciales para la salud humana y los ecosistemas si no se eliminan de manera adecuada y responsable.

La responsabilidad de la eliminación de estos residuos recae principalmente en el técnico de laboratorio. Estos profesionales desempeñan un papel fundamental en la generación, separación, etiquetado, almacenamiento y, en última instancia, eliminación segura de residuos peligrosos. Su trabajo es fundamental para garantizar la seguridad del laboratorio y el cumplimiento de las regulaciones y estándares ambientales.

En este trabajo se analiza la importancia del manejo de desechos peligrosos en el laboratorio y destaca los riesgos y beneficios asociados con el manejo adecuado. Además, dado que los técnicos de laboratorio juegan un papel importante para garantizar la seguridad y la sostenibilidad en la gestión de residuos peligrosos, destacamos la relevancia de capacitar y sensibilizar a los técnicos de laboratorio sobre este tema.

En definitiva, este estudio pretende arrojar luz sobre las importantes tareas que desempeñan los técnicos de laboratorio en el tratamiento de residuos peligrosos. Además, se proporciona información valiosa sobre las mejores prácticas, desafíos comunes y soluciones innovadoras al eliminar desechos peligrosos en un entorno de laboratorio.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la gestión de residuos peligrosos por parte del técnico 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Uno de los mayores desafíos en el tratamiento de residuos peligrosos en laboratorio es que estos materiales se producen continuamente. Los laboratorios pueden generar una variedad de desechos peligrosos, que incluyen:

- Productos químicos: Los productos químicos utilizados en investigaciones y análisis pueden ser tóxicos, corrosivos o inflamables. Estos incluyen ácidos, bases, disolventes orgánicos, reactivos sensibles al agua y sustancias altamente reactivas.
- Materiales Biológicos: Los laboratorios de biología y microbiología trabajan con muestras biológicas que pueden contener microorganismos patógenos, cultivos celulares y agentes infecciosos.
- Residuos Radiactivos: Los laboratorios nucleares o médicos generan residuos radiactivos que requieren un manejo especial.
- Materiales punzantes: Los entornos clínicos y de investigación pueden generar objetos punzantes, como agujas y pipetas, lo que supone un riesgo de lesiones e infecciones.

El almacenamiento adecuado de residuos peligrosos es esencial para minimizar el riesgo. En el laboratorio, estos desechos deben almacenarse en contenedores debidamente sellados y claramente etiquetados. Las etiquetas deben indicar claramente el tipo de residuo y sus peligros asociados.

Los pasos básicos en la disposición de residuos peligrosos son la clasificación y separación. Los trabajadores de laboratorio deben identificar los residuos que generan y clasificarlos según sus peligros. Esto facilita su adecuado manejo y disposición final.

La capacitación y la concienciación son elementos importantes en la gestión de desechos peligrosos. Los técnicos de laboratorio deben estar capacitados en identificación de desechos, métodos de manipulación segura y regulaciones relacionadas. Siempre debemos ser conscientes de la importancia de la gestión de residuos.

La eliminación de desechos peligrosos está regulada por regulaciones locales, estatales, federales y, en el caso de desechos transfronterizos, internacionales. Los laboratorios deben cumplir con estas normas y obtener los permisos necesarios para la disposición y transporte de residuos peligrosos.

La disposición final de los residuos peligrosos deberá realizarse de acuerdo con

la normativa aplicable. Esto puede incluir procesamiento, incineración o almacenamiento en una instalación aprobada. La elección de la disposición final depende del tipo de residuo y sus peligros.

La gestión de residuos peligrosos en laboratorios ha avanzado significativamente en los últimos años. Se han desarrollado sistemas de etiquetado más eficaces, contenedores de contención mejorados y técnicas de procesamiento más eficientes. Los técnicos de laboratorio deben estar al tanto de estas innovaciones para mejorar la seguridad y la sostenibilidad de su trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El manejo de residuos peligrosos en el laboratorio es un desafío complejo que requiere una vigilancia constante y un cumplimiento estricto de las regulaciones. Los técnicos de laboratorio juegan un papel importante en este proceso, desde la generación de residuos hasta su disposición final. La capacitación y la sensibilización son esenciales para garantizar una manipulación segura, y la introducción de mejores prácticas y tecnologías innovadoras puede mejorar aún más la gestión de residuos peligrosos en los laboratorios. La seguridad ocupacional, la protección del medio ambiente y el cumplimiento normativo son objetivos comunes, lo que hace que la eliminación de desechos peligrosos sea un área importante del trabajo de un técnico de laboratorio

6 Bibliografía

- 1.https://www.insst.es/documents/94886/326853/ntp_480.pdf/8cab4d73-c100-4724-b00d-7c98d6c5027c?version=1.2&t=1693827612495.
- 2.https://www.insst.es/documents/94886/326827/ntp_359.pdf/0d7b512e-9945-4f91-aea1-0f8f006852f6.

Capítulo 301

LABORATORIO DE URGENCIAS: PARÁMETROS MÁS UTILIZADOS POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO.

EVELIA CUÉLLAR MERINO

ISAAC JAVIER LORENZO GARCÍA

CRISTINA ALARCÓN CÁMARA

ANTONIO JESÚS ROJAS BARRIONUEVO

ISABEL DELGADO GONZALEZ

1 Introducción

En la atención sanitaria, especialmente en situaciones de crisis y emergencia, el tiempo y la precisión son factores críticos en el diagnóstico y la toma de decisiones clínicas. En este contexto, los laboratorios de urgencias juegan un papel importante al brindar información valiosa y oportuna a los trabajadores de la salud. Los técnicos de laboratorio que trabajan en estas unidades forman el núcleo de este trabajo y desempeñan un papel fundamental en la adquisición y análisis de muestras biológicas que salvan vidas.

Este trabajo se adentra en el mundo de las pruebas de urgencias, donde se ponen a prueba los conocimientos, las habilidades técnicas y la capacidad de trabajo en equipo de un técnico de laboratorio. Se investigan los parámetros de prueba

más utilizados en este contexto y se analiza su impacto en la medicina de emergencia. También discutiremos la importancia de la velocidad y la precisión en la obtención de resultados, y cómo esta combinación puede marcar la diferencia en situaciones críticas.

La medicina de emergencia es un campo en constante evolución y las instalaciones de pruebas de emergencia desempeñan un papel importante en esta dinámica. Mejorar la calidad y la velocidad de los resultados de las pruebas no solo acelera la toma de decisiones médicas, sino que también contribuye en gran medida a la supervivencia y la salud del paciente. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es resaltar la relevancia e impacto de los técnicos de laboratorio en situaciones de emergencia, y las habilidades y dedicación para brindar la mejor atención en momentos críticos.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer los parámetros más utilizados por el técnico de laboratorio.

3 Metodología

La información para este trabajo se recopila a través de una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica y médica relacionada con el laboratorio de urgencias y los parámetros de laboratorio más utilizados en este entorno. Se consultan fuentes confiables, como artículos científicos, libros de texto y pautas clínicas. Además, se realiza una recopilación de datos basada en la experiencia y el conocimiento previo del autor en el laboratorio.

4 Resultados

Los laboratorios de emergencia enfrentan una variedad de situaciones clínicas, desde pacientes con traumatismos hasta pacientes con afecciones médicas agudas o complicaciones de enfermedades crónicas. Para hacer frente a estas situaciones complejas, los técnicos de laboratorio dependen de muchos parámetros de prueba importantes que proporcionan información valiosa para la toma de decisiones médicas. A continuación se detallan algunos de los parámetros de prueba más utilizados en emergencias y su relevancia clínica.

- Hemograma completo: El hemograma es una herramienta imprescindible en situaciones de emergencia. Proporciona información sobre la cantidad y calidad de los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas en la sangre. Este análisis puede revelar signos de anemia, infección, coagulopatía o inflamación sistémica, todos los cuales pueden ser importantes en la evaluación inicial del paciente.
- Electrolitos séricos: Los electrolitos, como el sodio, el potasio y el cloruro, son esenciales para el buen funcionamiento del organismo. Los desequilibrios de electrolitos pueden causar problemas cardíacos, neuromusculares y renales. Los resultados de electrolitos séricos son fundamentales para determinar la causa de síntomas como debilidad, confusión y arritmias.
- Función renal: Pruebas de función renal, como la medición de la creatinina y la urea en la sangre, ayudan a evaluar la capacidad de los riñones para eliminar los productos de desecho del cuerpo. En situaciones críticas como shock o insuficiencia cardíaca aguda, es importante controlar la función renal para ajustar el tratamiento.
- Coagulación:
Las pruebas de coagulación, como el tiempo de protrombina (PT) y el tiempo de tromboplastina parcial activada (aPTT), evalúan la capacidad de coagulación de la sangre. En pacientes con sangrado no controlado o con riesgo de trombosis, estas pruebas son fundamentales para identificar la causa y proporcionar terapia anticoagulante y hemostasia.
- Enzimas cardíacas: Las enzimas cardíacas como la troponina y la creatina quinasa MB (CK-MB) se utilizan en el diagnóstico del infarto agudo de miocardio. La detección temprana del daño cardíaco permite una intervención rápida y puede salvar vidas.
- Gases en sangre: El análisis de gases en sangre evalúa el equilibrio ácido-base y la oxigenación en pacientes críticos. Los resultados pueden ayudar a determinar la necesidad de ventilación mecánica, ajustar la oxigenoterapia y evaluar la respuesta al tratamiento.
- Biomarcadores inflamatorios: Pruebas como la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (ESR) son indicadores de inflamación en el cuerpo. Estos pueden ayudar a diagnosticar infecciones graves y enfermedades autoinmunes que pueden ocurrir de forma aguda.

La rapidez es esencial en el laboratorio de urgencias. Los técnicos de laboratorio utilizan tecnología avanzada, incluidos analizadores automatizados, que pueden producir resultados en minutos. Además, pruebas rápidas como las tiras reactivas permiten obtener resultados casi instantáneos en casos críticos.

En las urgencias médicas, cada minuto cuenta. Los resultados de laboratorio rápidos y precisos son fundamentales para el diagnóstico y la toma de decisiones clínicas. Pueden ayudar a determinar la gravedad de una condición, guiar la elección de tratamientos y monitorear la respuesta al tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el laboratorio de urgencias es una parte importante de la medicina de urgencias. Los técnicos de laboratorio que trabajan en este entorno desempeñan un papel fundamental al proporcionar resultados de pruebas críticas en tiempo real, lo que permite a los médicos tomar decisiones rápidas y precisas con respecto al diagnóstico y tratamiento del paciente. Como parte de este estudio, consideramos algunos de los parámetros de prueba más utilizados en los laboratorios de emergencia y su importancia al evaluar pacientes en estado crítico.

La capacidad de realizar análisis de sangre, orina y otros fluidos corporales de forma rápida y precisa es esencial para garantizar una atención de calidad durante una crisis. Los resultados de las pruebas pueden revelar signos tempranos de enfermedades graves, como insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, trastornos de la coagulación y desequilibrios electrolíticos. Esto permite a los médicos tomar decisiones informadas sobre la atención médica necesaria, que en última instancia puede salvar vidas.

Además, este estudio destacó la importancia de la tecnología y las pruebas rápidas en los laboratorios de emergencia. Con analizadores automatizados y tiras reactivas, los resultados se pueden obtener en minutos. Esto es extremadamente importante en situaciones donde cada minuto cuenta. Los técnicos de laboratorio deben estar capacitados y actualizados en el uso de estas tecnologías para garantizar la precisión y eficiencia en su trabajo.

En resumen, los técnicos de laboratorio de urgencias desempeñan un papel importante en la medicina de urgencias. Su experiencia, conocimientos y rapidez en la obtención y análisis de muestras biológicas son esenciales para brindar atención de calidad a los pacientes en crisis. El desarrollo continuo de la capacitación en laboratorios de emergencia y la implementación de tecnología de punta es

fundamental para garantizar que estos profesionales estén preparados para los desafíos cambiantes de la medicina de emergencia y sigan siendo miembros importantes de los equipos de respuesta a emergencias.

6 Bibliografía

- 1.<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/preana.pdf>.
- 2.<https://www.seqc.es/download/doc/160/2924/1852073163/15612/cms/tiempo-de-respuesta-en-el-laboratorio-de-urgencias-2002.pdf/>.
- 3.<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/analisis-de-laboratorio-y-obtencion-de-muestras-en-la-unidad-de-urgencias/>.

Capítulo 302

INSTRUCCIONES PARA CORTES DE AUTOPSIA DE FETOS

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

MARÍA MORENO PALOMINO

MARI CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

1 Introducción

El examen post- mortem en caso de muerte perinatal es esencial y de gran trascendencia para la información a los padres, el consejo genético y la planificación y cuidado del siguiente embarazo. La autopsia perinatal es un instrumento diagnóstico que reafirma a los obstetras y pediatras en su práctica clínica y que les sirve, utilizada como control de calidad para modificarla y mejorarla. Actualmente, e incluso en los últimos años se han desarrollado programas de detección prenatal de defectos congénitos que necesitan del estudio post-mortem para confirmar y hacer más completos los diagnósticos antenatales. Mejorar la precisión de la causa de muerte a través del estudio post- mortem aumentaría la calidad de las estadísticas de mortalidad y, en este caso, en un período tan complejo como lo es el perinatal.

Además, la realización de autopsias en fetos es una práctica esencial en el campo de la anatomía patológica, proporcionando información valiosa para comprender

las causas de la mortalidad fetal y neonatal. La precisión y meticulosidad en el proceso de corte de los tejidos son fundamentales para obtener datos confiables. Este protocolo se centra en las instrucciones para realizar cortes de autopsias en el laboratorio de anatomía patológica, con el fin de garantizar una evaluación exhaustiva y precisa.

2 Objetivos

Objetivo primario:

Establecer un procedimiento sistemático y estandarizado para los cortes de autopsias de fetos, con el propósito de maximizar la obtención de información diagnóstica relevante.

3 Metodología

En cuanto a la metodología llevada a cabo en la realización de autopsias para fetos se siguen una serie de indicaciones y son las siguientes:

Recogida de muestras para el estudio citogenético

Petición de autopsia

Volante de petición de autopsia

Método de transporte

Recepción de anatomía patológica

Por otro lado, en el desarrollo de la autopsia se hace lo siguiente:

Técnicas iniciales junto a la observación interna

Examen interno: se hace una inspección general, evisceración, disección general (parque torácico, tubo digestivo, paquete digestivo, paquete genito-renal y cavidad craneal) seguidamente se hace el estudio del sistema nervioso central y el cerebro.

Para finalizar, se recopilan las siguientes tomas de muestras para el estudio bacteriológico e histológico:

Estudio de la placenta: requieren de tejido placentario fresco, examen del cordón umbilical, de membranas extra placentarias y del disco placentario.

4 Resultados

En cuanto a los resultados, es necesario seguir un procedimiento de autopsia clínica con los siguientes pasos:

Consentimiento informado de estudio post-mortem para la realización de autopsia (firmada por los familiares o tutores del fallecido)

Certificado de defunción: el médico solicitante de la autopsia deberá escribir la causa fundamental o inicial, la causa intermedia y la causa inmediata según sus sospechas y criterios clínicos.

Solicitud de autopsia: se puede realizar mediante papel o por vía electrónica dependiendo de los hospitales.

Por otro lado, la implementación de este protocolo ha demostrado mejorar la consistencia y la calidad de los cortes de autopsias de fetos. La adecuada secuencia y orientación de los cortes han facilitado la identificación de anomalías y patologías, proporcionando una base sólida para el análisis posterior. Además, se ha observado una reducción en el tiempo dedicado a la identificación y documentación, lo que contribuye a una mayor eficacia del proceso. Los resultados de la implementación de este protocolo revelaron una mejora significativa en la consistencia y calidad de los cortes durante las autopsias de fetos. La meticulosa secuencia anatómica y la orientación precisa de los cortes facilitaron la identificación de anomalías y patologías, proporcionando una base sólida para el análisis posterior en el laboratorio de anatomía patológica.

Además, se observó una reducción apreciable en el tiempo dedicado a la identificación y documentación durante el proceso de autopsia. Esta eficiencia mejorada no solo optimiza el flujo de trabajo en el laboratorio, sino que también tiene implicaciones prácticas para los profesionales médicos y el personal involucrado en el proceso, permitiendo una gestión más efectiva del tiempo.

La etiquetación meticulosa de las muestras resultó esencial para una interpretación clara y precisa. Esta práctica contribuyó a la organización eficiente de las muestras, asegurando la trazabilidad y facilitando la correlación con la información clínica. La implementación de este protocolo se tradujo en una mayor confiabilidad en la interpretación de los hallazgos y, por ende, en la generación de informes de autopsia más detallados y útiles para los profesionales de la salud.

5 Discusión-Conclusión

La estandarización de los procedimientos de corte en autopsias de feto en el laboratorio de anatomía patológica se presenta como un avance significativo, ya que ha tenido un gran avance a lo largo de los años, consiguiendo unos resultados muy favorables. La mejora en la calidad de las muestras y la eficiencia del pro-

ceso respaldan la utilidad clínica de este protocolo. Sin embargo, se reconoce la importancia de una evaluación continua y la adaptación del protocolo según las necesidades específicas de cada caso. Este enfoque busca optimizar la obtención de información diagnóstica en el estudio de mortalidad fetal y neonatal, respaldando la investigación y la práctica clínica.

6 Bibliografía

Protocolo de autopsia clínica fetal y perinatal (14 de Noviembre de 2022)
<https://www.hospitaltorrecardenas.es/wp-content/uploads/2022/11/POE-autopsias-fetales.pdf>

Fundamentos de la autopsia clínica (Año 2019) https://www.google.com/search?q=instrucciones+a+seguir+en+cortes+de+autopsia+de+fetos&sca_esv=570966760&rlz=1CARGFB_enES1035ES1035&sxsrf=AM9HkKk91Usao0S3ewARzZ5uanIIqEIVsQ%3A1696515920695&ei=UMceZfqGKsKbkdUPsrexoAE&ved=0ahUKEwj67rumjt-BAxXCTaQEHbJbDBQQ4dUDCBA&uact=5&oq=instrucciones+a+seguir+en+cortes+de+autopsia+de+fetos&gs_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcniAiNwLuc3RydWNjaW9uZXMGYSBzZWd1aXIgZW4gY29ydGVzIGRIICB1juYHAEeAGQAQGYAdsBoAGMLqoBBzE5LjMzLjG4AQPIAQD4AQHCAGQQABhHwgIKFgws-wiz-serp#:text=FUNDAMENTOS%20DE%20LA,cat%20%E2%80%BA%20fit...

Capítulo 303

INSTRUCCIONES A SEGUIR A LA HORA DE REALIZAR UN CORTE PARA INMUNODIAGNÓSTICO JUNTO A LA DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCERES Y TUMORES

FÁTIMA UCENDO QUINTANAR

MARI CRUZ INCERTIS MARTÍNEZ

ROSA MARÍA CAMUÑAS IMEDIO

MARÍA MORENO PALOMINO

JULIÁN DEL OLMO MORENO ARRONES

1 Introducción

Todo el organismo está formado por células. Cuando las células se dañan o envejecen, se autodestruyen en un proceso llamado “apoptosis” o “suicidio celular” el cual permite al organismo reemplazarlas por células nuevas y así mantenerlo sano. Esto se consigue porque las células del cuerpo crecen y se dividen de forma controlada para formar nuevas células de modo que en los tejidos normales, las tasas de crecimiento de nuevas células y la muerte de células viejas se mantienen en balance. Sin embargo, a veces, el material genético o ADN de la célula se ve

alterado produciendo un cambio o mutación en la misma. Esta alteración puede deberse bien a un crecimiento celular descontrolado que progresa hacia la expansión sin límites o bien la pérdida de la habilidad de la célula de someterse al suicidio celular. Estas células descontroladas y en exceso, pueden formar una masa o tejido que recibe el nombre de tumor. Los tumores, por tanto, se originan en las células y no todos son cancerosos; puede haber tumores benignos y malignos.

Por otro lado, las tinciones inmunohistoquímicas son pruebas de laboratorio en las que se usan anticuerpos para identificar ciertos antígenos en una muestra de tejido. La aplicación directa de anticuerpos policlonales o monoclonales sobre secciones de tejido permite aumentar la sensibilidad y especificidad del estudio y proporciona información adicional esencial en muchos casos. Por lo general, el anticuerpo se une a una sustancia radiactiva o un tinte revelador que hace que los antígenos en el tejido se ilumine al microscopio. La inmunohistoquímica se usa para ayudar a diagnosticar enfermedades y para ayudar a distinguir entre los diferentes tipos de ellas. Es una técnica que gracias a la oferta comercial de anticuerpos y a la estandarización de su protocolo se ha convertido en un método sencillo, rápido y muy potente para el diagnóstico histopatológico.

Finalmente, la detección precoz de cánceres y tumores es fundamental para mejorar los resultados clínicos y la supervivencia de los pacientes. En este contexto, la aplicación de técnicas avanzadas de inmunodiagnóstico, combinados con prácticas precisas de realización de cortes, se presenta como una estrategia clave para identificar marcadores específicos y diagnosticar patologías de manera temprana. Esta serie de instrucciones busca establecer un protocolo completo para la realización de cortes en el inmunodiagnóstico con el objetivo de detectar precozmente cánceres y tumores.

2 Objetivos

Objetivo primario:

Desarrollar un protocolo estandarizado que permita la realización de cortes precisos para el inmunodiagnóstico, enfocándose en la detección temprana de cánceres y tumores.

Identificar y validar marcadores específicos que puedan ser utilizados para la detección precoz de patologías malignas.

Objetivo secundario:

Evitar la sensibilidad y especificidad de las técnicas de inmunodiagnóstico para la detección temprana de cánceres.

Proporcionar directrices para la correcta manipulación de muestras que optimice la expresión antigénica y la calidad de los cortes.

3 Metodología

En cuanto a la metodología, se llevan a cabo una serie de pasos que a continuación serán desarrollados:

Selección de marcadores: se detalla el proceso de selección de marcadores específicos asociados con diferentes tipos de cánceres y tumores, considerando la literatura científica actual y la validación interna.

Preparación de muestras: instrucciones específicas para la preparación cuidadosa de las muestras, desde la extracción hasta la inclusión en bloques de parafina, asegurando la preservación óptima de la integridad tisular.

Técnicas de corte: se describirán técnicas específicas de corte para obtener secciones uniformes y delgadas, minimizando posibles artefactos y garantizado la representatividad de las muestras.

4 Resultados

En cuanto a los resultados, los más importantes y que caben destacar son los siguientes:

1. Sensibilidad y especificidad de las técnicas inmunodiagnósticas: se presentarán resultados sobre la sensibilidad y especificidad de las técnicas de inmunodiagnóstico utilizados para la detección temprana de cánceres y tumores, utilizando datos de controles positivos y negativos.

2. Validación de marcadores: se analizará la validación de los marcadores específicos utilizados, evaluando su capacidad para identificar precozmente alteraciones celulares indicativas de procesos neoplásicos.

3. Calidad de los cortes y tinciones: se examinará la calidad de los cortes y las tinciones resultantes, destacando la importancia de la uniformidad y la nitidez para una interpretación precisa.

4. Impacto Clínico:

El análisis de los resultados puso de manifiesto el impacto clínico potencial de la combinación de técnicas de inmunodiagnóstico y la realización de cortes de alta calidad. La detección temprana de cánceres y tumores podría traducirse en

intervenciones más efectivas y tratamientos más exitosos, mejorando así los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

5. Consideraciones para Mejoras:

Se identificaron áreas para posibles mejoras, como la exploración de nuevos marcadores específicos y la optimización continua de las técnicas de corte. La retroalimentación del equipo de investigación sugiere que la implementación de tecnologías emergentes podría contribuir aún más a la precisión diagnóstica y a la detección temprana.

En conjunto, los resultados obtenidos respaldan la efectividad de la combinación de técnicas de inmunodiagnóstico con la realización de cortes de alta calidad para la detección temprana de cánceres y tumores. Estos hallazgos tienen el potencial de influir en las prácticas clínicas, enfocándose en estrategias de diagnóstico más temprano y precisa que, en última instancia, benefician a los pacientes y mejoran los resultados de salud a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a la discusión cabría destacar lo siguiente:

La IFI es una técnica de tamizado inicial que, de acuerdo a los sustratos utilizados (neutrófilos, tejidos o células HEP-2) permite identificar los posibles antígenos reconocidos por los autoanticuerpo presentes en los sueros de los pacientes con enfermedades autoinmunes.

Entre las técnicas inmunológicas que apoyan al diagnóstico de las enfermedades autoinmunes se cuenta la IFI, el ELISA, la EIT y los ensayos múltiples (NALIA y ELM).

El ELISA, la EIT y los ELM son pruebas confirmatorias de la reactividad de los anticuerpos presentes en las muestras de pacientes. Su sensibilidad y especificidad son mayores comparadas con las pruebas de tamizado inicial.

Finalmente, donde se centra la discusión es en la relevancia clínica de los resultados obtenidos, explorando posibles aplicaciones en la práctica médica. Las conclusiones destacarán la importancia de la realización de cortes de calidad en combinación con técnicas de inmunodiagnóstico para la detección temprana de cánceres y tumores. Se sugerirán áreas de mejora y se discutirá el impacto potencial en la atención al paciente y en la mejora de los resultados clínicos.

6 Bibliografía

Guía de técnicas inmunológicas (Año 2019) <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2020-01/GUIA%20DE%20TECNICAS%20INMUNOLOGICAS%202020.pdf>

Comprensión de los resultados junto al informe de patología en relación al inmunodiagnóstico (Año 2019) <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/diagn%C3%B3stico-de-c%C3%A1ncer/informes-y-resultados/comprensi%C3%B3n-de-los-resultados-de-su-informe-de-patolog%C3%ADa>

Capítulo 304

EXPLORACIONES RADIOGRÁFICAS DEL APARATO URINARIO Y TÉCNICO DE RAYOS

MARTA LADERA ROJAS

ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ

SERGIO FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ

ANA BELÉN RAYO OJEDA

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

1 Introducción

El sistema urinario es una parte importante del organismo humano, desempeñando un papel fundamental en la eliminación de productos de desecho y el mantenimiento del equilibrio interno. Este sistema, que incluye los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra, es responsable de filtrar la sangre, eliminar los productos de desecho y regular el equilibrio hídrico y electrolítico del cuerpo. Sin embargo, los problemas con el sistema urinario pueden causar síntomas y afecciones que requieren un diagnóstico preciso y atención médica adecuada.

El examen de rayos X ha sido una herramienta esencial para la identificación, evaluación y seguimiento de diversas enfermedades relacionadas con el sistema urinario durante muchos años. Estas técnicas, que incluyen rayos X simples y

pruebas con contraste, permiten a los profesionales médicos obtener imágenes detalladas de los órganos relacionados con el sistema urinario, lo que facilita el diagnóstico y el tratamiento de una variedad de afecciones médicas.

Este trabajo trata sobre la importancia de los exámenes radiológicos en el examen del sistema urinario. Investigamos las bases anatómicas y funcionales de este importante sistema, analizamos las técnicas de rayos X más utilizadas, evaluamos su utilidad clínica e identificamos indicaciones relevantes para estos exámenes. Discutimos síntomas, contraindicaciones y aspectos de seguridad. Además, analizaremos algunas de las enfermedades del tracto urinario más importantes que se pueden detectar mediante estas técnicas.

2 Objetivos

1. Examinar y describir las técnicas radiográficas más utilizadas en la evaluación del aparato urinario.
2. Destacar la utilidad clínica de cada técnica radiográfica en el diagnóstico de afecciones relacionadas con el sistema urinario.
3. Resaltar las ventajas y limitaciones de cada técnica en la práctica médica.
4. Proporcionar una visión general de cómo estas exploraciones contribuyen al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato urinario.

3 Metodología

La información para este trabajo se recopiló a través de una revisión exhaustiva de la literatura médica, incluyendo libros de texto, artículos científicos y guías clínicas relacionadas con las exploraciones radiográficas del aparato urinario. Se consultaron fuentes actualizadas para garantizar la precisión y relevancia de la información presentada

4 Resultados

Los resultados de este estudio revisan las pruebas de rayos X más utilizadas en la investigación del sistema urinario y su utilidad clínica para detectar y diagnosticar diversas enfermedades de este importante sistema. Los resultados de las técnicas de rayos X individuales se detallan a continuación:

1. Radiografía simple:

La radiografía simple, también conocida como radiografía convencional o radiografía de rayos X, es un procedimiento de imágenes que utiliza rayos X para crear imágenes bidimensionales de los órganos y estructuras internos del cuerpo. En relación con el sistema urinario, se utiliza principalmente para los siguientes fines:

- Detección de cálculos renales:

Los cálculos renales, también conocidos como piedras en los riñones, son acumulaciones sólidas que pueden formarse dentro de los riñones. Estos cálculos son radiopacos y pueden verse con rayos X simples. Una simple radiografía puede mostrar la ubicación y el tamaño de un cálculo renal, lo cual es muy importante para el diagnóstico y el tratamiento.

- Evaluación de infección del tracto urinario:

Para las infecciones del tracto urinario, las radiografías simples pueden mostrar signos indirectos de inflamación en los riñones u otras partes del sistema urinario. Si se sospecha una infección renal, se pueden realizar radiografías simples como parte del proceso de diagnóstico.

-Detección de anomalías estructurales:

Las radiografías simples pueden revelar anomalías estructurales del sistema urinario, como malformaciones congénitas o estrechamiento anormal de los uréteres.

Sin embargo, es importante señalar que la radiografía simple tiene limitaciones. Esta no es la mejor técnica para visualizar el uréter o detectar pequeños tumores en el sistema urinario.

2. Urografía intravenosa (IVP):

La urografía intravenosa es una prueba de contraste en la que se inyecta un agente de contraste radiopaco en el torrente sanguíneo. Este agente de contraste es filtrado por los riñones y excretado en la orina, lo que permite crear imágenes detalladas del sistema urinario. La IVP es particularmente útil en los siguientes casos:

-Visualización de riñón, uréter y vejiga:

La IVP proporciona imágenes claras del riñón, el uréter y la vejiga, lo que facilita la detección de obstrucciones, tumores, enfermedades vasculares y malformaciones congénitas.

-Diagnóstico de cálculos renales:

Al igual que en las radiografías simples, los cálculos renales se pueden ver fácilmente con la IVP. Sin embargo, esta técnica proporciona una visualización más completa de todo el sistema urinario.

-Evaluación del flujo de orina:

La IVP puede mostrar el patrón y la velocidad del flujo de orina a través del uréter, lo que ayuda a identificar posibles problemas de reflujo vesicoureteral.

3. Cistografía:

La cistografía es una técnica que toma imágenes de la vejiga y la uretra. Esto se puede hacer de dos formas.

-Cistografía directa: En este procedimiento, se introduce un agente de contraste en la vejiga a través de un catéter. Luego se toma una radiografía mientras la vejiga se llena y se vacía. Esto puede detectar problemas como incontinencia urinaria o traumatismos en la vejiga.

-Cistografía retrógrada: En esta variante el agente de contraste se introduce a través de la uretra. Se utiliza para evaluar la anatomía y función de la uretra y puede ayudar a detectar estenosis uretrales y reflujo vesicoureteral.

4. Tractografía urinaria por tomografía computarizada (TCU):

TCU combina técnicas de imágenes de rayos X y tomografía computarizada para obtener imágenes tridimensionales detalladas del sistema urinario. Particularmente útil para detectar cálculos renales, tumores, obstrucciones y otras enfermedades. La TCU proporciona imágenes precisas para ayudar a planificar tratamientos quirúrgicos e intervencionistas.

5. Cistoscopia:

Aunque la cistoscopia no es un procedimiento radiográfico independiente, vale la pena mencionarlo por su importancia en el examen del sistema urinario. En este procedimiento, se inserta en la uretra un tubo delgado y flexible con una cámara en el extremo para ver directamente el interior de la vejiga y la uretra. Se utiliza para detectar y diagnosticar enfermedades de la vejiga como tumores, lesiones e infecciones.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los estudios radiológicos del sistema urinario son parte integral de la práctica médica y juegan un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades del sistema urinario. A través de esta revisión integral, hemos resaltado la importancia de estas técnicas en la detección temprana de enfermedades, la evaluación de anomalías estructurales y la planificación del tratamiento médico y quirúrgico.

La radiografía simple, la urografía intravenosa, la cistografía, la urografía por tomografía computarizada y la cistoscopia son herramientas valiosas que permiten a los profesionales de la salud obtener imágenes detalladas de los órganos y estructuras del sistema urinario. Cada una de estas tecnologías tiene sus propias indicaciones y puede proporcionar información única para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades.

Es importante señalar que si bien estas pruebas de rayos X son esenciales, deben realizarse de manera responsable y teniendo en cuenta la seguridad. La exposición a la radiación debe minimizarse y considerarse cuidadosamente, especialmente en poblaciones sensibles como mujeres embarazadas y niños.

Además, en la era de la tecnología médica avanzada, los exámenes de rayos X a menudo se combinan con otros medios de diagnóstico como la resonancia magnética y la ecografía para proporcionar una evaluación más completa del estado del paciente.

En última instancia, la responsabilidad del conocimiento y la interpretación precisa de estas imágenes recae en los profesionales médicos, como radiólogos y urólogos, para garantizar un diagnóstico preciso y un tratamiento eficaz de los pacientes con enfermedades del tracto urinario. Los exámenes de rayos X brindan información crítica que guía la toma de decisiones clínicas y mejora la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-renales-y-del-tracto-urinario/diagnóstico-de-los-trastornos-del-riñón-y-de-las-vías-urinarias/pruebas-de-diagnóstico-por-la-imagen-de-las-vías-urinarias>
- 2.<https://healthlibrary.brighamandwomens.org/spanish/TestsProcedures/92,P09246>

3.<https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/viewFile/1081/1031>

Capítulo 305

ECOGRAFÍA DOPPLER Y EL TÉCNICO DE RAYOS

MARTA LADERA ROJAS

ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ

SERGIO FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ

ANA BELÉN RAYO OJEDA

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La ecografía Doppler, una modalidad de ecografía especializada, ha cambiado fundamentalmente la práctica médica desde su introducción en la década de 1950. Esta técnica no invasiva ha demostrado ser esencial para evaluar el flujo sanguíneo en tiempo real y no tiene paralelo en muchas áreas de la medicina. A lo largo de las décadas, hemos logrado avances significativos tanto en tecnología como en aplicaciones clínicas, consolidándonos como un aliado esencial para los profesionales de la salud en todo el mundo.

El efecto Doppler, que sirve de base física a esta tecnología, permite medir la velocidad y dirección del flujo sanguíneo en arterias y venas, proporcionando información valiosa para el diagnóstico y seguimiento de diversas enfermedades y afecciones. La capacidad de obtener imágenes en color en tiempo real de la circulación sanguínea ha revolucionado campos médicos como la cardiología, la obstetricia, la angiología y la neurología.

En resumen, la ecografía Doppler es la base de la medicina moderna y está en constante evolución y ampliación de su alcance. Es innegable su utilidad en la detección precoz, el diagnóstico preciso y el seguimiento de enfermedades, al igual que su papel en la mejora de la atención médica. A través de este estudio, esperamos brindar una visión integral de esta importante tecnología médica y resaltar su importancia para la atención médica y el bienestar del paciente.

En este capítulo la metodología de la ecografía Doppler se describe en detalle, incluyendo los principios físicos del efecto Doppler, la instrumentación utilizada, los procedimientos de adquisición de imágenes y la interpretación de los resultados. Se destacan las consideraciones éticas y de seguridad relacionadas con la utilización de esta técnica en pacientes.

2 Objetivos

Explorar en profundidad la ecografía Doppler, abordando sus fundamentos físicos, tecnología, aplicaciones clínicas y metodología de adquisición de datos.

3 Metodología

Para recopilar información para este trabajo, se realizaron búsquedas exhaustivas en bases de datos médicas, revisión de literatura científica y análisis de estudios clínicos relacionados con la ecografía Doppler. Se consultaron fuentes confiables y revisadas para asegurar la precisión y relevancia de la información presentada.

4 Resultados

-La ecografía Doppler se utiliza en una variedad de aplicaciones clínicas, incluyendo:

1. Cardiología: Permite evaluar el flujo sanguíneo en el corazón, detectar enfermedades cardíacas y evaluar la función cardíaca.
2. Obstetricia: Ayuda en el monitoreo del flujo sanguíneo en el feto y la placenta durante el embarazo, permitiendo la detección de posibles complicaciones.
2. Angiología: Se utiliza para evaluar el flujo sanguíneo en los vasos sanguíneos periféricos, lo que es crucial en el diagnóstico de enfermedades vasculares como la enfermedad arterial periférica.

3.Neurología: Permite la evaluación del flujo sanguíneo en el cerebro, lo que es esencial en el diagnóstico de trastornos cerebrovasculares como los accidentes cerebrovasculares.

-La tecnología de la ecografía Doppler se basa en el principio del efecto Doppler, que se refiere al cambio en la frecuencia de las ondas sonoras reflejadas por un objeto en movimiento. A continuación, se describe cómo funciona esta tecnología:

1. Generación de ondas ultrasónicas: La ecografía Doppler utiliza transductores especiales que generan ondas sonoras ultrasónicas de alta frecuencia. Estas ondas sonoras se emiten desde el transductor y penetran en los tejidos del cuerpo.
- 2.Recepción de las ondas reflejadas: Cuando las ondas sonoras encuentran una interfaz entre diferentes tejidos, parte de la energía es reflejada de vuelta hacia el transductor. En el caso de la ecografía Doppler, estas ondas sonoras reflejadas provienen de los glóbulos sanguíneos en movimiento en los vasos sanguíneos.
- 3.Efecto Doppler: Cuando los glóbulos sanguíneos se mueven, la frecuencia de las ondas sonoras reflejadas cambia. Este cambio de frecuencia se debe al efecto Doppler, que hace que las ondas sonoras reflejadas sean comprimidas si los glóbulos sanguíneos se mueven hacia el transductor y se estiren si se alejan de él. Este cambio en la frecuencia se llama "desplazamiento Doppler" y es proporcional a la velocidad del flujo sanguíneo.
- 4.Análisis del desplazamiento Doppler: El equipo de ecografía Doppler registra el desplazamiento Doppler de las ondas sonoras reflejadas y lo convierte en información visual y auditiva. Esto se representa típicamente en tiempo real en forma de gráficos y colores en la pantalla del equipo.
5. Interpretación de los resultados: Los profesionales de la salud, como médicos y técnicos de ultrasonido, interpretan la información proporcionada por la ecografía Doppler para evaluar el flujo sanguíneo en los vasos sanguíneos. Pueden identificar la velocidad y dirección del flujo, así como la presencia de obstrucciones o estrechamientos.
6. Imagen de ecografía combinada: A menudo, la ecografía Doppler se utiliza en combinación con imágenes de ecografía convencional para proporcionar una imagen completa de las estructuras anatómicas y el flujo sanguíneo en tiempo real.

-Pasos Generales para Realizar una Ecografía Doppler:

- 1.Preparación del Paciente: El paciente generalmente debe llevar ropa cómoda y,

en algunos casos, puede ser necesario usar una bata. En función de la región que se va a estudiar, es posible que se le pida al paciente que se acueste en una camilla o que se siente en una silla.

2. **Aplicación del Gel Ultrasónico:** Se aplica un gel ultrasónico en la piel sobre la zona que se va a examinar. Este gel ayuda a mejorar la transmisión de las ondas sonoras entre el transductor y la piel, lo que permite una mejor calidad de imagen.

3. **Posicionamiento del Transductor:** El técnico o médico coloca el transductor en la piel, sobre la zona de interés. El transductor emite y recibe las ondas sonoras ultrasónicas.

4. **Adquisición de Imágenes:** Se adquieren imágenes de ultrasonido en tiempo real mientras el transductor se desplaza sobre la zona de estudio. El profesional de la salud puede ajustar la configuración del equipo para obtener vistas y mediciones específicas.

5. **Detección del Flujo Sanguíneo:** Cuando se realiza una ecografía Doppler, el técnico puede activar la función Doppler del equipo para evaluar el flujo sanguíneo. Esto implica identificar áreas de flujo sanguíneo y medir su velocidad y dirección.

6. **Registro de Imágenes y Datos:** Se registran imágenes y mediciones clave, como la velocidad del flujo sanguíneo, la dirección y otras características relevantes. Estos datos se utilizan para el análisis posterior.

7. **Interpretación de Resultados:** Las imágenes y las mediciones se interpretan para evaluar la función y el estado de los vasos sanguíneos o tejidos en la región de interés. Esto puede ayudar en el diagnóstico de afecciones médicas.

-Modalidades de Ecografía Doppler:

1. **Doppler Color:** Esta modalidad muestra el flujo sanguíneo en color en tiempo real. Los colores representan la velocidad y dirección del flujo, lo que facilita la identificación de flujos anormales, como la obstrucción arterial.

2. **Doppler Espectral (Onda Continua y Pulsado):** Esta modalidad permite medir la velocidad del flujo sanguíneo en un punto específico. El Doppler de onda continua se utiliza para medir velocidades altas y se usa comúnmente en cardiología. El Doppler pulsado se utiliza para evaluar velocidades más bajas y se usa en aplicaciones como la evaluación del flujo en los vasos periféricos.

3. **Doppler de Potencia:** Se utiliza en aplicaciones oftalmológicas y de oftalmología para evaluar el flujo sanguíneo en la retina y el nervio óptico.

4. **Doppler Transcraneal:** Se utiliza para evaluar el flujo sanguíneo en las arterias cerebrales y es valioso en el diagnóstico de trastornos cerebrovasculares como los accidentes cerebrovasculares.

5 Discusión-Conclusión

La ecografía Doppler es una técnica de diagnóstico por imagen versátil y ampliamente utilizada en medicina. La capacidad de medir el flujo sanguíneo en tiempo real y proporcionar información valiosa para una variedad de aplicaciones clínicas lo convierte en una herramienta esencial para médicos y especialistas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares, obstétricas, vasculares y neurológicas. La combinación de principios físicos sólidos, tecnología avanzada y métodos precisos de recopilación de datos hacen de la ecografía Doppler un importante aporte a la medicina moderna. Su utilidad evoluciona constantemente y se espera que siga desempeñando un papel importante en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades en el futuro.

6 Bibliografía

- 1.<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/ecografia-doppler/>
- 2.<https://www.mayoclinic.org/es/doppler-ultrasound/expert-answers/faq-20058452>
- 3.<https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/ecografia-doppler>
- 4.https://es.wikipedia.org/wiki/Ecografia_Doppler

Capítulo 306

REVISIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*. ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE LABORATORIO

ÁNGELA ESCRIBANO CUARTEROS

VANESSA SERRANO LOMA

MARTA CRUZ QUESADA

CRISTINA ARÉVALO MAÑAS

INÉS SANCHEZ DE ROJAS DE PEDRO

1 Introducción

Helicobacter pylori es un bacilo gramnegativo que se encuentra en la mucosa gástrica del estómago humano, relacionado con diferentes enfermedades digestivas.

Este bacilo tiene forma de espiral, siendo aproximadamente 1 μm de ancho y de 3 μm de largo con una membrana externa lipídica y algunos flagelos que le dan movilidad.

Su característica bioquímica es la ureasa y lo identificamos cuando crece en medios de cultivo como la oxidasa y la catalasa.

La infección por esta bacteria es la más común del ser humano, ya que afecta al 60% de la población en países desarrollados y alcanza un 80% en países en vías de desarrollo.

Su propagación es por contacto interpersonal (saliva y otros fluidos), con animales y aguas contaminadas.

Cuando *Helicobacter pylori* invade la mucosa gástrica humana se adhiere al revestimiento del estómago produciendo más ácido estomacal, esto produce una gastritis superficial, en algunos pacientes se desarrolla asintóticamente y otros puede derivar en una enfermedad digestiva muy grave hasta llegar a evolucionar en una úlcera duodenal, un cáncer gástrico y en linfoma gástrico tipo MALT.

Factores genéticos como el grupo sanguíneo, condiciones socioeconómicas, factores ambientales, consumo de tabaco y una alimentación sana pueden influir en el engrandecimiento de la enfermedad.

2 Objetivos

El objetivo principal es describir *Helicobacter pylori*, técnicas de identificación en el laboratorio, los síntomas que despliega, desarrollo, diagnóstico y su posterior tratamiento.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda en páginas de Internet, revistas de investigación y artículos científicos de publicaciones académicas.

Para dicha búsqueda se ha empleado palabras claves en Google Académico como *Helicobacter pylori*, úlcera, microorganismo, cáncer gástrico, etc.

4 Resultados

Para un buen diagnóstico de *Helicobacter pylori* existen diferentes pruebas, invasivas y no invasivas.

- Muestra serológica: donde se podrán detectar en suero los anticuerpos generados en el organismo, en el caso que hubiese infección. Los métodos más emplea-

dos son los que utilizan técnicas ELISA. Estas muestras no se ven alteradas por el consumo reciente de antibióticos y es muy útil en el estudio de poblaciones seleccionadas. Esta prueba tiene una sensibilidad superior al 90%.

- Test del aliento: en la respiración *Helicobacter pylori* convierte la urea en CO₂; se realiza para confirmar la infección en el organismo y la erradicación de la bacteria un mes después del tratamiento. El paciente debe realizar esta prueba en ayunas y sin lavarse los dientes para aumentar la sensibilidad. Esta prueba tiene una sensibilidad del 88%-95% y especificidad del 95%-100%.
- Muestra de heces: se detectan presencia de antígeno en heces humanas. Se trata de un ensayo cualitativo y altamente sensible. La importancia de esta prueba recae en la ausencia de antibióticos, ya que éstos invalidan la muestra.
- Endoscopia: se examina el esófago, la envoltura del estómago y parte del intestino delgado. Determina si existen úlceras, linfoma MALT o cáncer.

Los síntomas más comunes son dolor abdominal y ardor estomacal. Además de tener hambre y sensación de tener el estómago vacío inmediatamente después de comer, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, pérdida de peso y heces muy oscuras con sangre.

Actualmente el tratamiento para el germen *Helicobacter pylori* es una triple terapia que combina un inhibidor de bomba de protones (omeprazol) y dos antibióticos (amoxicilina más claritromicina o metronidazol) administrados en dos dosis diarias durante dos semanas.

En los niños existe un problema, el incremento de la resistencia a los antibióticos. Para ello un cultivo microbiológico permite identificar las diferentes cepas que son resistentes al *Helicobacter pylori*.

5 Discusión-Conclusión

Este patógeno sigue siendo considerado de alta relevancia para el desarrollo de gastritis, y su papel en el desarrollo de cáncer gástrico se mantiene de interés dado su control dificultoso.

La elección de la prueba a realizar para su diagnóstico dependerá de la disponibilidad y el coste, además de tener en cuenta si son pruebas para evaluar si hay infección o si ya ha sido erradicada.

Existen estudios que relacionan el *Helicobacter pylori* con otras enfermedades como la enfermedad hepática grasa no alcohólica (NAFLD). También se relaciona con la anemia por deficiencia de hierro y puede influir en la deficiencia de vitamina B12.

A día de hoy, no hay forma de prevenir las infecciones por *Helicobacter pylori*; sin embargo, se está investigando una vacuna que algún día podría prevenir la infección.

6 Bibliografía

1. Alemana, C. C. (2022, 14 enero). *Helicobacter pylori* en niños. Clínica Alemana. <https://www.clinicaalemana.cl/articulos/detalle/2022/helicobacter-pylori-ninos-tratamiento-investigacion>
2. Aguilera-Matos, I. (s. f.). Nuevas recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* en niños. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552020000100014&script=sci_arttext
3. Iglesias, J. A. M. (s. f.). Sociedad española Enfermedades infecciosas microbiología clínica. SEIMC. <https://www.seimc.org/>
4. Huong, N. T. (s. f.). Evaluación del desempeño de dos pruebas para la detección de antígeno de *Helicobacter pylori* en heces. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0375-07602017000100006&script=sci_arttext

Capítulo 307

CONTRASTES RADIOLÓGICO DE ÚLTIMA GENERACIÓN USADOS POR EL TÉCNICO DE RAYOS

MARTA LADERA ROJAS

ABEL MANUEL JIMÉNEZ CRUZ

SERGIO FERNÁNDEZ-BALBUENA FERNÁNDEZ

ANA BELÉN RAYO OJEDA

BEATRIZ DEL PINO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La medicina moderna se ha beneficiado enormemente de los avances en la tecnología médica y una de las piezas fundamentales de la atención médica actual es la radiología. Este campo, que permite la visualización del interior del cuerpo sin procedimientos invasivos, se ha revolucionado gracias a la última generación de contrastes radiológicos. Estos agentes, utilizados en combinación con distintas técnicas de diagnóstico por imágenes, han llevado la precisión diagnóstica y la planificación de tratamientos a un nivel sin precedentes.

Los contrastes de radiológicos de última generación son sustancias que, cuando se administran a un paciente antes de una prueba de diagnóstico por la imagen, mejoran las propiedades del tejido o estructura que se examina. Esta visualización

mejorada ha tenido un impacto importante en la medicina, permitiendo una detección más temprana de la enfermedad, una planificación del tratamiento más precisa y una menor necesidad de procedimientos invasivos.

Este estudio analiza más de cerca los agentes de contraste radiológico de última generación, desde su propósito en la práctica clínica, hasta la metodología detrás de su uso, los resultados que brindan y su impacto en el campo médico. Estos avances tecnológicos son hitos en la evolución de la medicina y proporcionan herramientas fundamentales para los médicos y radiólogos en su búsqueda de un diagnóstico más preciso y una mejor atención al paciente.

2 Objetivos

- Exponer los tipos más habituales de contrastes radiológicos de última generación.
- Describir las aplicaciones clínicas de los contrastes radiológicos de última generación en el diagnóstico y tratamiento médico.

3 Metodología

La información para este trabajo se recopiló mediante una revisión exhaustiva de la literatura científica y médica. Se consultaron fuentes confiables como revistas médicas, libros especializados y recursos en línea. La metodología incluye la búsqueda de estudios clínicos, investigaciones científicas y guías clínicas que abordaran el tema de los contrastes radiológicos de última generación y su uso en la práctica de radiología. Además, se recopilaron datos sobre las aplicaciones clínicas específicas y los procedimientos de administración.

4 Resultados

Los agentes radiológicos son sustancias utilizadas en imágenes médicas para mejorar la visibilidad de ciertas estructuras y procesos dentro del cuerpo. Existen muchos tipos diferentes de contraste, cada uno diseñado para un propósito específico. Los tipos más comunes de agentes de contraste son:

- Agentes de contraste yodados: Los agentes de contraste que contienen yodo se utilizan principalmente en estudios de tomografía computarizada (TC) y angiografía por tomografía computarizada (CTA). Puede administrarse por vía oral,

intravenosa o intraarterial. Este contraste es adecuado para visualizar vasos sanguíneos, órganos abdominales y torácicos y diagnosticar enfermedades vasculares.

-Contraste de gadolinio: El gadolinio se utiliza en estudios de imágenes por resonancia magnética (RM). Esto es especialmente útil para resaltar estructuras cerebrales, médula espinal, articulaciones y tejidos blandos. A menudo se utiliza en estudios de resonancia magnética con contraste (CME).

-Agente de contraste de bario: El agente de contraste de bario es un agente radiopaco utilizado en estudios de rayos X del sistema gastrointestinal. Administrado por vía oral o mediante enema para visualizar el tracto gastrointestinal superior e inferior. Es importante para detectar enfermedades como úlceras, tumores y malformaciones.

-Contraste de dióxido de carbono: Este contraste gaseoso se utiliza en angiografía para evaluar los vasos sanguíneos. A menudo se utiliza en pacientes con alergias o intolerancia a los medios de contraste que contienen yodo. Se administra directamente en el vaso sanguíneo mediante un catéter.

-Contraste de óxido nitroso: Similar al dióxido de carbono, utilizado en angiografía. Administrado de manera similar, se utiliza para las alergias a los medios de contraste que contienen yodo.

-Angiografía con bario de las articulaciones: Se utiliza para pruebas de imágenes de las articulaciones, como la artrografía. Se inyecta en las articulaciones para evaluar las estructuras internas y detectar lesiones o enfermedades.

-Contraste de manganeso: El manganeso se utiliza como agente de contraste en algunos casos de resonancia magnética para obtener información específica sobre el hígado y el páncreas.

-Agente de contraste oral negativo: Este agente de contraste se utiliza en estudios radiológicos para reducir la visibilidad de determinadas estructuras. Por ejemplo, se puede utilizar un medio de contraste negativo con bario para enmascarar el intestino y resaltar otras áreas de interés.

-Gotas de gel de contraste: Los geles de contraste a veces se usan en ultrasonido para mejorar la calidad de la imagen y visualizar mejor ciertas áreas, como el corazón o los vasos sanguíneos.

Es importante tener en cuenta que la elección del contraste depende del tipo de examen, la parte del cuerpo que se examina y las necesidades específicas del paciente. Además, los pacientes deben ser evaluados cuidadosamente para detectar alergias o problemas de salud que puedan afectar la selección y administración de los medios de contraste.

Los contrastes radiológicos de última generación han revolucionado la medicina diagnóstica y tienen una amplia variedad de aplicaciones clínicas. A continuación, se describen algunas de las aplicaciones clínicas más destacadas:

-Radiología de Cuerpo Completo: Los contrastes radiológicos se utilizan en estudios de radiología de cuerpo completo para visualizar órganos y estructuras internas, como el tracto gastrointestinal, el sistema urinario y los vasos sanguíneos. Esto es especialmente útil en la detección de tumores, obstrucciones y otras anomalías.

-Tomografía Computarizada (TC): La TC es una técnica de imagen ampliamente utilizada en la que los contrastes radiológicos permiten una mejor diferenciación entre tejidos blandos y estructuras vasculares. Esto es crucial en la detección de tumores, la evaluación de lesiones traumáticas y la planificación de procedimientos quirúrgicos.

-Resonancia Magnética (RM): Los contrastes radiológicos se emplean en estudios de resonancia magnética para realzar las imágenes de tejidos específicos, como el cerebro, el hígado y el sistema vascular. Esto facilita la detección de trastornos neurológicos, enfermedades hepáticas y problemas circulatorios.

-Angiografía: Los contrastes radiológicos son esenciales en la angiografía, que se utiliza para evaluar el sistema vascular. Esta técnica es fundamental en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades vasculares, como la enfermedad arterial periférica y los aneurismas.

-Ecografía Doppler: En la ecografía Doppler, los contrastes radiológicos ayudan a evaluar el flujo sanguíneo en tiempo real. Esto es especialmente importante en cardiología para el diagnóstico de enfermedades cardíacas y en obstetricia para el monitoreo del flujo sanguíneo fetal.

-Mamografía con Contraste: En la mamografía con contraste, se utilizan agentes de contraste para mejorar la detección temprana de tumores mamarios. Esto es beneficioso en la detección de cáncer de mama en etapas iniciales.

-Gastroenterología: Los contrastes radiológicos son fundamentales en la gastroenterología para evaluar el tracto gastrointestinal y detectar afecciones como úlceras, divertículos y pólipos.

-Oncología: En oncología, los contrastes radiológicos se utilizan para guiar procedimientos de biopsia y para evaluar la respuesta de los tumores al tratamiento, lo que facilita la planificación de la terapia.

-Neurorradiología: En esta rama de la radiología, los contrastes radiológicos son cruciales para visualizar el sistema nervioso central y periférico, lo que permite el diagnóstico de trastornos cerebrovasculares y lesiones neurológicas.

-Urología: Los contrastes radiológicos se emplean en estudios urológicos para evaluar el sistema urinario y detectar anomalías como cálculos renales, tumores y obstrucciones.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, se puede decir que los contrastes radiológicos de última generación son la base de la medicina diagnóstica moderna. Su capacidad para mejorar la calidad de las imágenes médicas y su versatilidad en diversas aplicaciones clínicas lo convierten en una herramienta esencial para la detección temprana, el diagnóstico preciso y el seguimiento de enfermedades en diversas especialidades médicas.

Estos contrastes han revolucionado la medicina al proporcionar información valiosa que ayuda a los profesionales médicos a tomar decisiones clínicas informadas. Desde la evaluación de los sistemas cardiovascular y nervioso hasta la detección de tumores y anomalías gastrointestinales, el contraste de rayos X proporciona información detallada sobre la anatomía y la función de los órganos y tejidos internos.

Es importante destacar que los agentes de radiocontraste de última generación, además de su utilidad clínica, son seguros y bien tolerados por la mayoría de los pacientes. El uso no invasivo y la falta de radiación ionizante lo convierten en la opción preferida para muchos procedimientos de diagnóstico.

A medida que la tecnología médica continúa avanzando, se espera que los agentes de radiocontraste evolucionen y brinden más oportunidades para mejorar la atención al paciente. Los profesionales de la salud deben estar al tanto de las últimas

innovaciones en este campo para aprovechar al máximo estas herramientas y garantizar un diagnóstico y tratamiento óptimos.

En resumen, los contrastes radiológicos de última generación son la pieza fundamental de la medicina de diagnóstico moderna y desempeñan un papel importante en la mejora de la atención sanitaria y la calidad de vida de los pacientes. Su desarrollo continuo promete seguir haciendo contribuciones significativas a los avances médicos.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.studocu.com/es/document/universidad-de-malaga/radioterapia/contrastes-radiologicos/56012460>
- 2.<https://ibquaes.com/blog/ibquaes-contrastes-en-radiologia-y-su-uso/>
- 3.<https://www.uv.es/materomo/resources/g2.pdf>

Capítulo 308

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

PATRICIA CELAYA ORFILA

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

LAURA VIVANCOS RODADO

1 Introducción

La radiología intervencionista es una subespecialidad de la radiología médica que utiliza imágenes por rayos X, ultrasonido y otros métodos de diagnóstico por imágenes para guiar procedimientos médicos invasivos y minimamente invasivos en el interior del cuerpo. Su objetivo principal es diagnosticar y tratar una variedad de afecciones médicas sin la necesidad de cirugía abierta.

En la radiología intervencionista, un radiólogo especializado utiliza técnicas de imagen en tiempo real para visualizar y acceder a áreas específicas del cuerpo. Algunos ejemplos de procedimientos comunes incluyen la angiografía para evaluar los vasos sanguíneos, la colocación de catéteres para administrar tratamiento directamente a tumores o áreas afectadas, la ablación por radiofrecuencia para tratar tumores y la embolización para detener el flujo sanguíneo a ciertas áreas.

Esta subespecialidad desempeña un papel crucial en el tratamiento de afecciones como el cáncer, las enfermedades cardíacas, la obstrucción arterial, los trastornos de la sangre y muchos otros problemas médicos. Ofrece beneficios significativos, como procedimientos menos invasivos, tiempos de recuperación más cortos y menos riesgo para los pacientes en comparación con la cirugía tradicional.

La radiología intervencionista combina la experiencia en radiología diagnóstica con habilidades técnicas avanzadas para realizar procedimientos terapéuticos. Esto la convierte en una herramienta valiosa para el tratamiento médico moderno y ha contribuido a mejorar la calidad de vida de numerosos pacientes al brindar opciones de tratamiento menos invasivas y más efectivas.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico de rayos en radiología intervencionista.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 fundamental en la radiología intervencionista, colaborando estrechamente con el radiólogo intervencionista para garantizar la seguridad y el éxito de los procedimientos. Aquí se detallan las funciones clave del técnico de rayos en este entorno:

Preparación del Equipo: Antes de cualquier procedimiento, el técnico verifica y prepara el equipo de radiología intervencionista, que incluye sistemas de rayos X, monitores, inyectores de contraste y otros dispositivos. Se asegura de que todo esté en funcionamiento óptimo.

Preparación del Paciente: El técnico prepara al paciente para el procedimiento, explicándole el proceso y respondiendo a sus preguntas. Colabora en la preparación de la zona de punción o acceso al área de interés y asegura que el paciente esté cómodo y en una posición adecuada.

Establecimiento de Protocolos: Trabaja junto al radiólogo para establecer los parámetros específicos de imagen necesarios para el procedimiento, como la cantidad de contraste a administrar y los ángulos de visualización requeridos.

Adquisición de Imágenes: Durante el procedimiento, el técnico de rayos es responsable de adquirir imágenes de alta calidad en tiempo real. Debe estar atento a las indicaciones del radiólogo para ajustar la posición del equipo y obtener las vistas necesarias.

Control de Dosis: Monitoriza cuidadosamente la dosis de radiación que recibe el paciente y el equipo, asegurándose de que se mantenga dentro de límites seguros. Utiliza protectores de plomo para minimizar la exposición a la radiación.

Asistencia durante el Procedimiento: Ayuda al radiólogo intervencionista en la realización del procedimiento, proporcionando instrumentos y dispositivos cuando sea necesario. Debe estar preparado para responder a emergencias médicas potenciales.

Documentación y Registros: Mantiene registros detallados de los procedimientos, incluidas las imágenes adquiridas y cualquier complicación o incidente durante el procedimiento.

Seguridad del Paciente: Es fundamental que el técnico de rayos esté al tanto de las prácticas de asepsia y siga procedimientos estrictos para prevenir infecciones y garantizar la seguridad del paciente en todo momento.

Comunicación: Comunica de manera efectiva con el paciente y el equipo médico, proporcionando información relevante antes, durante y después del procedimiento.

El técnico de rayos en la radiología intervencionista es esencial para lograr resultados exitosos y seguros. Su destreza técnica, conocimientos en radiología y capacidad para trabajar en equipo son vitales para la atención médica de alta calidad en este entorno especializado.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar una radiografía intervencionista exitosa, es esencial seguir una serie de prácticas clave. En primer lugar, la comunicación efectiva con el equipo médico y el paciente es fundamental. Asegúrese de que el paciente comprenda el procedimiento y esté cómodo. Colabore estrechamente con el radiólogo intervencionista para establecer protocolos precisos y estar atento a sus indicaciones durante el procedimiento.

En segundo lugar, la precisión y la calidad de la imagen son esenciales. Asegúrese de que el equipo de radiología esté correctamente calibrado y que los parámetros de imagen sean apropiados. Mantenga una técnica de exposición precisa para obtener imágenes claras y de alta resolución. Evite el movimiento innecesario durante la adquisición de imágenes.

Por último, priorice la seguridad radiológica. Monitorice cuidadosamente la dosis de radiación para mantenerla en niveles seguros. Utilice protectores de plomo adecuados para minimizar la exposición a la radiación, tanto para el paciente como para usted mismo. Al seguir estas prácticas, contribuirá a la realización exitosa y segura de radiografías intervencionistas.

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 309

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA RADIOGRAFÍA CON CONTRASTE

PATRICIA CELAYA ORFILA

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

LAURA VIVANCOS RODADO

1 Introducción

La radiografía con contraste, también conocida como radiografía contrastada o fluoroscopia, es una técnica de diagnóstico médico que implica la utilización de un medio de contraste para mejorar la visibilidad de ciertas estructuras en una radiografía. Aquí se presentan los aspectos clave de este procedimiento:

Medio de Contraste: El medio de contraste es una sustancia química que se inyecta o se administra por vía oral para realzar la visualización de áreas específicas del cuerpo en las imágenes radiográficas. Puede ser líquido o en forma de gel, y su elección depende de la parte del cuerpo que se va a estudiar.

Objetivos: La radiografía con contraste se utiliza principalmente para evaluar estructuras anatómicas como el tracto gastrointestinal, los vasos sanguíneos, el

sistema urinario y las articulaciones. Permite detectar anomalías, obstrucciones, lesiones y otras afecciones.

Procedimiento: El paciente puede recibir el contraste a través de una inyección intravenosa, ingestión oral o colocación directa en el área de interés. El técnico de radiología realiza las imágenes mientras el contraste fluye a través del sistema o la estructura bajo estudio. La fluoroscopia permite visualizar el movimiento en tiempo real, lo que es especialmente útil para evaluar la función de órganos como el esófago o el intestino delgado.

Preparación: Antes del procedimiento, el paciente puede necesitar ayunar o seguir instrucciones específicas, como suspender ciertos medicamentos. También se le informará sobre los posibles efectos secundarios, como alergias al contraste.

Seguridad: Es esencial seguir protocolos de seguridad radiológica para minimizar la exposición a la radiación, tanto para el paciente como para el personal médico. Se utilizan dosis de radiación tan bajas como sea posible para obtener imágenes diagnósticas de alta calidad.

La radiografía con contraste es una herramienta valiosa en la medicina diagnóstica, ya que permite una evaluación más detallada de las estructuras internas del cuerpo. Sin embargo, su uso requiere un enfoque cuidadoso para garantizar la seguridad y la precisión en el diagnóstico.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico de rayos en la realización de una radiografía con contraste.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 en la radiografía con contraste juega un papel crucial en la obtención de imágenes diagnósticas de alta calidad y en la seguridad del paciente durante este procedimiento especializado. Aquí se describen sus funciones principales:

Preparación del Equipo: El técnico de rayos es responsable de verificar y preparar adecuadamente el equipo de radiología, que incluye máquinas de rayos X y fluoroscopia, así como asegurarse de que esté en funcionamiento óptimo. También debe calibrar el equipo según las necesidades del procedimiento.

Preparación del Paciente: Antes del procedimiento, el técnico debe preparar al paciente, explicándole en qué consiste el estudio, qué puede esperar y respondiendo a sus preguntas. Debe verificar la identidad del paciente y confirmar que se hayan seguido todas las instrucciones preoperatorias, como el ayuno si es necesario.

Administración del Contraste: En muchos casos, el técnico de rayos es responsable de administrar el medio de contraste al paciente. Esto puede implicar la inserción de una línea intravenosa o la administración de contraste oral. Debe seguir protocolos precisos y garantizar que la administración sea segura y cómoda para el paciente.

Colaboración con el Radiólogo: Durante el procedimiento, el técnico trabaja en estrecha colaboración con el radiólogo para obtener las imágenes necesarias. Esto incluye ajustar la posición del paciente, los parámetros de imagen y la orientación del haz de rayos X para lograr una visualización óptima. El técnico debe estar atento a las indicaciones del radiólogo en tiempo real.

Adquisición de Imágenes de Calidad: Es fundamental que el técnico adquiera imágenes de alta calidad mientras se administra el contraste. Esto requiere habilidades técnicas precisas y un enfoque meticuloso. Deben evitarse artefactos que puedan distorsionar la imagen y afectar la interpretación diagnóstica.

Seguridad Radiológica: El técnico debe mantener un enfoque constante en la seguridad radiológica. Esto incluye el uso de dosis de radiación tan bajas como sea posible para obtener imágenes diagnósticas y el uso de protectores de plomo para minimizar la exposición a la radiación.

Documentación: Es importante que el técnico registre de manera precisa todos

los detalles del procedimiento, como la cantidad de contraste administrada, los parámetros de imagen utilizados y cualquier evento inusual durante el estudio. Estos registros son esenciales para el historial médico del paciente y para la interpretación de las imágenes por parte del radiólogo.

El papel del técnico de rayos en la radiografía con contraste es esencial para garantizar la calidad de las imágenes y la seguridad del paciente. Su destreza técnica, capacidad para seguir protocolos y colaborar eficazmente con el equipo médico son fundamentales para el éxito de este procedimiento diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

Para llevar a cabo una radiografía con contraste de manera efectiva y segura, es fundamental seguir estas recomendaciones:

En primer lugar, la comunicación con el paciente es clave. Explicar claramente el procedimiento, sus beneficios y posibles efectos secundarios es esencial para reducir la ansiedad y garantizar la cooperación del paciente. Además, es importante obtener información sobre alergias conocidas, especialmente a contrastes previos, para prevenir reacciones adversas.

En segundo lugar, la preparación meticulosa del equipo y el contraste es esencial. Asegurarse de que el equipo de rayos X y la fluoroscopia estén calibrados correctamente y funcionen adecuadamente es primordial. Verificar que se disponga del contraste adecuado y que se administre de acuerdo con las pautas establecidas es crucial para obtener imágenes de alta calidad.

En resumen, una radiografía con contraste exitosa requiere una comunicación efectiva con el paciente, una preparación rigurosa del equipo y un enfoque metódico durante el procedimiento. Siguiendo estas recomendaciones, podemos obtener imágenes precisas y brindar una atención segura y satisfactoria al paciente.

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 310

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA (TAC) DE PARTES BLANDAS

PATRICIA CELAYA ORFILA

SALVADOR ANSON RODRÍGUEZ

LAURA GARCÍA OLANO

CORAL ROMERAL VERA

LAURA VIVANCOS RODADO

1 Introducción

La Tomografía Axial Computarizada (TAC) de partes blandas es una técnica de imagen médica que se utiliza para visualizar con gran detalle las estructuras anatómicas que se encuentran en el interior del cuerpo, pero que no son órganos sólidos ni huesos. Aquí se destacan los aspectos clave de esta modalidad de TAC: **Objetivo Principal:** El TAC de partes blandas se utiliza para evaluar estructuras como músculos, tejido adiposo, vasos sanguíneos, órganos huecos y otros tejidos blandos. Esto permite detectar una amplia gama de afecciones médicas, desde tumores hasta inflamaciones y lesiones traumáticas.

Procedimiento: Durante el procedimiento, el paciente se coloca en una mesa de exploración que se desliza hacia el interior del escáner. La máquina de TAC

gira alrededor del cuerpo del paciente, tomando múltiples imágenes transversales (cortes) que luego se combinan para crear una imagen tridimensional de las partes blandas.

Contraste: En algunos casos, se puede administrar un medio de contraste intravenoso para mejorar la visualización de ciertas áreas, como vasos sanguíneos o tumores. Esto ayuda a los radiólogos a identificar anomalías con mayor claridad.

Indicaciones: El TAC de partes blandas se utiliza en una variedad de situaciones clínicas. Por ejemplo, puede ser útil para evaluar lesiones musculoesqueléticas, identificar masas o tumores en órganos internos y detectar anomalías en el sistema vascular.

Riesgos y Consideraciones: Aunque el TAC de partes blandas es una herramienta valiosa de diagnóstico, implica una exposición a la radiación ionizante, por lo que se debe utilizar con moderación y solo cuando sea médicamente necesario. Se toman medidas para minimizar la dosis de radiación siempre que sea posible. El TAC de partes blandas es una técnica avanzada de imagen médica que brinda una visualización detallada de tejidos blandos internos, lo que facilita el diagnóstico de una amplia variedad de condiciones médicas. Su uso es fundamental en el campo de la radiología diagnóstica.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del técnico de rayos en la realización de un TAC de partes blandas para el conocimiento de los compañeros

3 Metodología

Para 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, también conocido como tecnólogo en radiología, desempeña un papel fundamental en la realización exitosa de una Tomografía Axial Computarizada (TAC) de partes blandas. Aquí se describen sus funciones clave durante el procedimiento:

Preparación del Paciente: El técnico de rayos es responsable de preparar al paciente para el TAC. Esto incluye explicar el procedimiento, asegurarse de que el paciente comprenda las instrucciones y proporcionar cualquier información relevante, como la necesidad de usar contraste. Además, verifica la identificación del paciente y cualquier historial médico importante, como alergias o condiciones preexistentes.

Posicionamiento Preciso: Para obtener imágenes de alta calidad, el técnico debe posicionar al paciente de manera precisa en la mesa de exploración del TAC. Esto implica asegurarse de que la parte del cuerpo a examinar esté en el centro del campo de visión del escáner y en la posición correcta. Se utilizan dispositivos de inmovilización, como almohadas o correas, para mantener la estabilidad del paciente durante el escaneo.

Configuración del Equipo: El técnico es responsable de configurar el equipo de TAC de acuerdo con las indicaciones del médico radiólogo. Esto incluye la elección de los parámetros de imagen adecuados, como la dosis de radiación y la velocidad de escaneo. También puede ser necesario programar la administración de contraste, si se requiere.

Comunicación con el Paciente: Durante el escaneo, el técnico debe mantener una comunicación constante con el paciente a través de un sistema de intercomunicación. Esto permite al paciente informar sobre cualquier molestia o preocupación y garantiza su bienestar durante el procedimiento.

Supervisión de la Calidad de la Imagen: Durante el escaneo, el técnico debe supervisar la calidad de las imágenes en tiempo real en el monitor de control. Si se detectan problemas, como movimientos involuntarios del paciente, el técnico puede detener el escaneo y ajustar la configuración según sea necesario para obtener imágenes nítidas.

Registro de Datos: El técnico debe registrar cuidadosamente los datos relevantes del procedimiento, como la dosis de radiación utilizada, la administración de contraste y cualquier incidente o evento inusual durante la exploración. Estos registros son esenciales para el informe médico final y el historial del paciente.

Cumplimiento con la Seguridad Radiológica: El técnico de rayos debe seguir estrictamente las pautas de seguridad radiológica para minimizar la exposición del

paciente y del personal a la radiación ionizante. Esto incluye el uso de delantal y protectores de plomo, así como garantizar que el equipo esté calibrado correctamente.

El técnico de rayos desempeña un papel crucial en la realización de un TAC de partes blandas, desde la preparación del paciente hasta la adquisición de imágenes de alta calidad y el cumplimiento de las normas de seguridad radiológica. Su experiencia y habilidades son fundamentales para un diagnóstico preciso y la comodidad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar una actuación efectiva como técnico de rayos en la realización de un TAC de partes blandas, es fundamental seguir pautas específicas. En primer lugar, la comunicación con el paciente es esencial. Explica claramente el procedimiento, tranquiliza sus preocupaciones y verifica alergias o condiciones médicas previas. Utiliza un lenguaje comprensible y muestra empatía.

En segundo lugar, la preparación técnica es crucial. Hay que asegurarse de que el equipo esté calibrado y funcionando correctamente. Realizar una verificación de la historia clínica del paciente y ajusta los parámetros del TAC según la parte anatómica que se va a estudiar. Garantiza que el paciente esté correctamente posicionado, utilizando ayudas como almohadas o correas si es necesario.

Durante la adquisición de imágenes, mantener la calma y sigue protocolos establecidos. Evitar movimientos innecesarios y colaborar estrechamente con el radiólogo para asegurar una excelente calidad de imagen. Finalmente, hay que reiterar la importancia de mantener la confidencialidad de la información del paciente en todo momento. Con estas pautas, se puede proporcionar un servicio de alta calidad y cuidado al realizar un TAC de partes blandas.

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 311

INFECCION POR SALMONELOSIS

ISABEL MENÉNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La infección por salmonelosis esta producido por la salmonela que es una enfermedad bacteriana que afecta el tubo intestinal. La bacteria de la salmonela vive en los intestinos de animales y humanos y se elimina mediante las heces. La forma que se trasmite es a través de beber agua o comer alimentos contaminados. Algunas personas con infección por salmonela no tienen síntomas. Una gran parte presenta diarrea, fiebre y calambres abdominales dentro de las 8 a 72 horas siguientes a la exposición.

La mayoría de las personas se recupera en unos pocos días o una semana sin tratamiento específico.

En otros casos, la diarrea puede causar una deshidratación grave y requerir atención médica inmediata. También se puede complicar aunque sea menos frecuente si la infección se propaga a otras zonas fuera de los intestinos.

La infección por salmonela suele ser producto de la ingesta de carne, huevos o productos a base de huevo crudos o poco cocidos, o de leche no pasteurizada.

Los síntomas con los que suele cursar son diarreas, cólicos, fiebres, náuseas, vómitos entre otros, suelen duran sobre una semana en casos normales. Aparte del tratamiento que nos recomiende el medico algo que hay que tener en cuenta es beber mucha agua para no sufrir una deshidratación.

2 Objetivos

- ¿Qué es la salmonelosis?

- ¿Qué la produce?
- Cuales son sus síntomas.
- Factores de riesgo.
- Como se previene.
- Tratamiento para combatirlo.

3 Metodología

Para la elaboración del este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 infección de la salmonelosis esta producida por una bacteria que es la salmonela, afecta en el intestino y y se elimina en las heces, se encuentra en los alimentos contaminados o agua en mal estado no potable.

Los síntomas aparecen a partir de las 8 horas siguientes al estar en contacto con ella. El consejo mas importante mientras tenemos los síntomas tras contaminarse con ella, es beber bastante agua para no deshidratarnos. La mayoría de las personas se recupera en pocos días o una semana sin tratamiento. El riesgo de contraer la infección es más alto si se viaja a países que no tienen agua potable.

Los síntomas de la infección por salmonela son los siguientes:

- Diarrea.
- Cólicos estomacales.
- Fiebre.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Escalofríos.
- Dolor de cabeza.
- Sangre en las heces.

La duración de los mismos cursa durante poco días como mucho una semana.

No suele necesitar atención medica pero en casos en los que las fiebres son muy altas o las diarreas duran mas de unos días debe acudirse a él.

La bacteria de la salmonela esta activa en el intestino de las personas, los animales y las aves, en aguas en mal estado, huevos crudos o mal cocinados, se manipulan mal los alimentos.

Las complicaciones que pueden surgir en un infección por salmonela son:

- Deshidratación: menos micciones y sequedad de zonas húmedas entre otras.
- Bacteriemia: cuando la infección pasa a la sangre puede infectar tejidos de nuestro cuerpo.
- Artritis reactiva: que cursa con irritación de los ojos, micción dolorosa y dolor de las articulaciones.

Se previene con el lavado de manos siempre que sea necesario, mantener los alimentos separados por ejemplo de frescos a elaborados, evitar comer huevos crudos, entre otros.

El tratamiento, cuando está indicado, se lleva a cabo con antibióticos como trimetoprima, ciprofloxacina, azitromicina o ceftriaxona.

5 Discusión-Conclusión

La salmonelosis es una infección producida por la bacteria salmonela que esta presente en el intestino de animales vivos y en aguas no potables limpias.

Se transmite a humanos en los alimentos mal cocinados o comidos crudos como también en los huevos crudos o mas cocidos.

Suele cursar con diarreas, malestar, fiebre, calambres estomacales entre otros, en la mayoría de los casos suele durar pocos días y sin necesidad de ir al medico en casos de fiebres altas, tener deshidratación o ver presencia de sangre en las heces debe ir al medico el recomendará beber agua y le administrará un antibiótico.

6 Bibliografía

- Medline.plus
- MayoClinic
- Scielo

Capítulo 312

ETIOPATOGENIA DE LA MENINGITIS Y SU DIAGNÓSTICO EN EL LABORATORIO

YOLANDA MANSILLA FUNEZ

VICTORIA AGUDO SANCHEZ

MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La meningitis es la inflamación de las meninges, siendo una infección del sistema nervioso central producida por la acción de diferentes microorganismos. Las meninges son las membranas que rodean el sistema nervioso central (encéfalo y médula espinal) y son: duramadre, formada por dos capas (paquimeninges); aracnoides y piamadre (leptomeninges).

La meningitis infecciosa puede clasificarse según su clínica en aguda, crónica o recurrente y según su etiología en bacteriana, micobacteriana, vírica, fúngica o parasitaria.

- Meningitis bacteriana aguda: producida por bacterias piógenas adquiridas en gran parte en la comunidad. El agente etiológico depende de la edad del paciente. En menores de tres meses es común *Escherichia coli*, *Streptococcus agalactiae* y *Listeria monocytogenes*. *Haemophilus influenzae* suele provocar infecciones en pacientes de 1 mes a 10 años y *Neisseria meningitidis* de 1 mes a 60 años, al igual que *Streptococcus pneumoniae*. En mayores de 60 años es común *Enterobacteriaceae* y *Listeria monocytogenes*. Debido a las vacunas como prevención ha descendido la incidencia de la meningitis por estos microorganismos.

- Meningitis vírica aguda: Enterovirus es de predominio estacional, al contrario que el Herpesvirus (VHS -1, VHS- 2, varicela zoster).

- Meningitis crónica

La patogénesis de la meningitis bacteriana aguda es el resultado de factores del microorganismo y de los mecanismos de defensa del huésped. La vía de entrada de los microorganismos puede ser respiratoria, digestiva o a causa de otras infecciones o lesiones.

2 Objetivos

- Determinar los agentes causantes de la meningitis.

- Exponer las técnicas de diagnóstico utilizadas en el laboratorio para la identificación de los microorganismos causantes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 clínica de la meningitis consiste en fiebre, cefalea y rigidez de la nuca principalmente, además de vómitos, fotofobia, cambios sensoriales y convulsiones en un 20-30 % de los casos, entre otros.

El diagnóstico en el laboratorio puede realizarse a partir de una muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR). Esta muestra debe ser tomada en condiciones de asepsia rigurosa, evitando la contaminación del líquido. No debe ponerse en contacto en ningún momento con antisépticos o desinfectantes. La posición anatómica del paciente será decúbito lateral. Se realizará una desinfección de la piel de unos 10 cm² con alcohol y solución antiséptica (alcohol yodado o povidona yodada o solución alcohólica de clorhexidina) durante 1 minuto. Se realizará una punción lumbar a la altura de L3-L4 o L4-L5, obteniendo de 3 a 5 ml de LCR. Una vez se ha obtenido la muestra se transportará lo más rápido posible al laboratorio para ser procesada.

El líquido cefalorraquídeo obtenido se distribuirá en diferentes tubos estériles, conteniendo cada uno un mínimo de 1 ml de muestra.

- Primer tubo: se utilizará para estudios citoquímicos, es decir, para observar la glucosa, las proteínas, el recuento celular y realizar una extensión final con tinción de Giemsa y poder analizar si los leucocitos son polimorfonucleares o de predominio linfocitario.
- Segundo tubo: estudios microbiológicos: microscopía mediante tinción de Gram y diferentes cultivos.
- Tercer tubo: para la detección de antígenos, ácidos nucleicos, anticuerpos y niveles de la enzima adenosina desaminasa (ADA) que se observa sobre todo en la meningitis tuberculosa.

En el caso de que no puedan ser procesadas de forma inmediata, las muestras se conservan de forma específica. El tubo 1 y 2 estará en estufa a 35-37°C o a temperatura ambiente un máximo de 24 horas. El tubo 3 se dejará en nevera o si no se utiliza debe ser congelado a -80°C.

Además del líquido cefalorraquídeo también se obtendrán muestras de sangre para realizar hemocultivo u otras pruebas como PCR, procalcitonina, serología, etcétera. En pacientes que presenten otra infección como otitis se recogerá un exudado.

5 Discusión-Conclusión

La meningitis es una infección de las meninges que puede tener diferentes causas. En el caso de estar provocada por microorganismos, estos pueden ser bacterias, virus, hongos o parásitos. Algunas infecciones bacterianas son evitadas ya mediante programas de prevención que incluyen vacunas en neonatos. Sin embargo, cuando se llegan a producir es importante el diagnóstico rápido, para lo que será necesario realizar una toma de diferentes muestras biológicas del paciente y llevar a cabo pruebas diagnósticas en el laboratorio. El líquido cefalorraquídeo y la sangre serán las muestras más utilizadas por el Técnico de Laboratorio para realizar estudios microbiológicos y citoquímicos, entre otros, por lo que resulta fundamental que conozca la etiopatogenia de la meningitis.

6 Bibliografía

1. Fernández P, Cabellos C. Infecciones del Sistema Nervioso Central. En: Ausina V. y Moreno S. (eds). 2005. Tratado SEIMC de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Madrid.

2. Téllez González C, Reyes Domínguez S, Sanchíz Cárdenas S, Collado Caparrós JF. Asociación Española de Pediatría. Protocolo diagnóstico de la Meningitis bacteriana aguda. 2021;1:611-25.
3. Griffin D. Encefalitis, mielitis y neuritis. En: Mandell GL, Bennet JE y Dolin R (eds). 2008. Enfermedades infecciosas. 2007. Principios y práctica. Elsevier España. Madrid.

Capítulo 313

EL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO RÁPIDO EN EL LABORATORIO

YOLANDA MANSILLA FUNEZ

MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ

VICTORIA AGUDO SANCHEZ

1 Introducción

El diagnóstico microbiológico rápido permite la identificación del agente causante de la infección y lleva a un tratamiento correcto, mejorando el pronóstico del paciente y reduciendo la estancia hospitalaria.

Además, en las infecciones es fundamental prevenir posibles complicaciones como el shock séptico. Por esto es importante reducir lo máximo posible el tiempo que se tarda en identificar y tratar la causa. Desde que se inicia el shock séptico, cada hora que pasa el paciente sin recibir antimicrobianos la supervivencia baja. Algunos de los objetivos del diagnóstico rápido en microbiología son:

- La asistencia con un tratamiento empírico al paciente
- La creación o toma de medidas de prevención ante una enfermedad contagiosa, por ejemplo, aislando al paciente
- Profilaxis del paciente o del trabajador
- Docencia

Existen diferentes técnicas de diagnóstico microbiológico, que pueden ser directas o indirectas. En las técnicas de diagnóstico directo se detectan los microorganismos o los genes de estos microorganismos, mediante microscopía, cultivos,

técnicas de ampliación o técnicas de biología molecular. Las técnicas de diagnóstico indirecto detectan efectos que ha causado el patógeno en el organismo de diferentes formas. Un ejemplo de estas técnicas puede ser la detección de anticuerpos específicos, es decir mediante la prueba de serología o test serológico.

2 Objetivos

- Definir los objetivos del diagnóstico rápido en microbiología
- Exponer diferentes técnicas microbiológicas directas e indirectas utilizadas en el laboratorio para el diagnóstico

3 Metodología

El presente capítulo ha sido elaborado realizando una síntesis de información. Esta elaboración se ha llevado a cabo tras una revisión de artículos científicos publicados en bases de datos médicas o de búsqueda, basados en el tema expuesto o relacionadas con este.

4 Resultados

Algunas técnicas de diagnóstico microbiológico son:

Técnicas de diagnóstico directo:

- Microscopía: observación directa en fresco, diferentes tinciones. En la observación del examen en fresco se pueden utilizar sedimentos de orina para observar diferentes microorganismos como *Trichomonas vaginalis*, muestras de secreción vaginal en las que se pueden identificar *Candida albicans*. Una tinción utilizada es la tinción de Gram, que está basada en la diferencia en el grosor de las capas de peptidoglicano que tienen las bacterias grampositivas respecto a las gramnegativas. Está realizada con violeta de Genciana, Lugol, alcohol, acetona y fucsina. Otra tinción es la de Ziehl- Neelsen, que permite identificar las micobacterias, formadas por ácidos micólicos. La tinción de Giemsa permite identificar diferentes parásitos protozoarios como el *Plasmodium falciparum*, por ejemplo.
- Cultivo: por ejemplo, hemocultivos, urocultivos.
- Detección de antígenos: como la inmunocromatografía. Esta técnica de inmunodiagnóstico está basada en el principio de reacción de antígeno- anticuerpo.
- Detección de ADN/ARN: PCR o Reacción en Cadena de la Polimerasa. Esta técnica se puede utilizar para detectar infecciones graves como meningitis, sepsis

o neumonía. Estas técnicas amplifican el ADN exponencialmente, permitiendo que en una muestra pueda identificarse el gen de interés. Existen diferentes tipos de técnicas de ampliación de genes como la PCR múltiple, que permite detectar más microorganismos de forma simultánea.

Técnicas de diagnóstico indirecto: pruebas serológicas como ELISA, ICF, etcétera. Estas técnicas detectan la respuesta humoral del paciente. El ICF (Inmunoensayo en Capa Fina) se puede utilizar por ejemplo para la detección de anticuerpos en los pacientes con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Para ello se obtiene una muestra de sangre, de la cual se obtiene el suero y se observará si hay anticuerpos y la prueba es positiva.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico microbiológico en el laboratorio es una herramienta fundamental para el tratamiento de pacientes con enfermedades infecciosas. El Técnico de Laboratorio lleva a cabo un papel vital en este proceso, realizando el procesamiento de las muestras que permite la observación o la detección de forma directa o indirecta de estos patógenos. La rapidez a la hora de la detección resultará determinante para el pronóstico del paciente, siendo necesario conocer las diferentes técnicas que se utilizan y los microorganismos que se buscan teniendo en cuenta la clínica del paciente. Además, es importante que el Técnico se mantenga actualizado en la formación sobre las técnicas emergentes como por ejemplo en el campo de la genética, que mejoran el diagnóstico.

6 Bibliografía

1. Vila, J., Gómez, M. D., Salavert, M., & Bosch, J. (2017). Métodos de diagnóstico rápido en microbiología clínica: necesidades clínicas. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 35(1), 41-46. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2016.11.004>
2. Isenberg, H. 1992. *Clinical Microbiology Procedures Handbook*. American Society for Microbiology. Washington, D.C.

Capítulo 314

EL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO EN EL LABORATORIO MEDIANTE LA PCR MÚLTIPLE

YOLANDA MANSILLA FUNEZ

VICTORIA AGUDO SANCHEZ

MARÍA VIRGINIA LÓPEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es una técnica de biología molecular que amplifica secuencias específicas de ADN in vitro. La PCR múltiple tiene la ventaja de que amplia varias secuencias de forma simultánea, pudiendo detectar múltiples microorganismos a la vez. El proceso ocurre en un termociclador, que ajusta la temperatura necesaria a los ciclos de amplificación.

Este método de biología molecular, que es la parte de la biología dedicada al estudio de los procesos en los seres vivos desde la perspectiva molecular, se ha introducido en las últimas décadas junto con otros en el laboratorio con el objetivo de diagnosticar de forma más sensible las diferentes infecciones. Además, con esta técnica se consigue rapidez en el diagnóstico, puesto que en lugar de identificar los microorganismos uno a uno puede hacerse un diagnóstico diferencial al amplificar varias secuencias de ADN simultáneamente.

La PCR funciona siguiendo diferentes pasos, el primero es la desnaturalización del ADN molde, después los cebadores sintéticos se hibridan y la ADN polimerasa extiende los cebadores. Este proceso se repite de 25 a 35 veces aumentando las

copias de la secuencia genética de forma exponencial. La PCR se aplica también junto a otras técnicas bioquímicas o inmunológicas. La técnica de la PCR requiere que el profesional esté formado en su funcionamiento para evitar errores como el de contaminación de la muestra.

2 Objetivos

- Definir el funcionamiento de la PCR múltiple
- Exponer ejemplos de uso de diagnóstico microbiológico mediante la técnica PCR múltiple en el laboratorio

3 Metodología

Tras realizar una búsqueda de información sobre el tema expuesto, utilizando expresiones como 'funcionamiento de la PCR múltiple', se han revisado artículos científicos y otros documentos. Tras esta revisión se ha redactado el presente capítulo, exponiendo los diferentes objetivos en los resultados.

4 Resultados

Un microorganismo que puede identificarse mediante la PCR múltiple es por ejemplo *Escherichia coli*, que forma parte de la microbiota humana normal gastrointestinal pero que puede producir diferentes infecciones como la meningitis, sepsis o infección de las vías urinarias. La relevancia de la rapidez a la hora de detectar infecciones de *Escherichia coli* radica en la prevención de brotes comunitarios o nosocomiales. Por ello puede utilizarse la técnica de la PCR múltiple para identificar diferentes cepas de este patógeno, diferenciando las variantes. También pueden identificarse otras enterobacterias como *Enterobacteriaceae* spp. o *Salmonella* spp. por ejemplo. La infección por esta última bacteria está relacionada con la higiene en la producción de los alimentos. Habitualmente se identificaba este patógeno mediante medios de cultivo o pruebas bioquímica y serológicas, pero en las últimas décadas se ha agilizado este proceso utilizando la técnica de PCR.

Otros ejemplos de bacterias que pueden identificarse son *Klebsiella* spp. que puede causar infecciones respiratorias o de las vías urinarias. Además, debido a las cepas resistentes a los antimicrobianos, la PCR puede utilizarse para identificar los subtipos de bacterias, eligiendo un tratamiento adecuado y eficaz.

Otra especie de interés clínico es *Pseudomonas* spp., que tiene una tasa alta de mortalidad. Mediante la PCR se pueden detectar los genes que codifican lipoproteínas de la membrana externa, identificando diferentes tipos de *Pseudomonas*. Respecto al género *Enterococcus* puede provocar infecciones graves como bacteriemia o endocarditis, teniendo diferentes especies difíciles de identificar sin técnicas moleculares.

La PCR múltiple puede utilizarse para diagnosticar también bacterias del género *Staphylococcus* que también han aumentado sus resistencias frente a los antibióticos.

Existen otra variedad de géneros y especies que pueden producir infecciones en el organismo humano y que deben identificarse para poder tratar al paciente, por lo que la PCR múltiple es una herramienta importante en el laboratorio y que debe ser conocida por el Técnico para llevar a cabo los diagnósticos.

5 Discusión-Conclusión

La PCR múltiple es una técnica basada en la biología molecular que permite amplificar material genético de forma exponencial e identificar múltiples genes de forma simultánea, realizando ciclos con diferentes temperaturas y mediante el uso de cebadores. Esta técnica ha adquirido en las últimas décadas cada vez mayor importancia en el diagnóstico microbiológico en el laboratorio. Permite identificar los microorganismos causantes de la infección, diferenciando entre especies de forma rápida y simultánea, por lo que el tratamiento resulta más rápido y más específico en el caso de los antimicrobianos. Es por esto que el Técnico debe conocer el funcionamiento de la PCR y los protocolos que permiten su uso.

6 Bibliografía

1. López-Fabal, M. F. (2018, 1 junio). Valoración de una técnica de PCR-múltiple en el diagnóstico rápido de la bacteriemia. PubMed Central (PMC). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6166258/>
2. Méndez-Álvarez, S. (2004, 1 marzo). La PCR múltiple en Microbiología clínica. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-la-pcr-multiple-microbiologia-clinica-13058027>

Capítulo 315

HISTEROSALPINGOGRAFÍA. PAPEL DEL TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO

CLAUDIA BUJÁN GRANADOS

ALBA BRISA RAMÍREZ

MARIA PANIZO CORCHERO

ALICIA BALLESTEROS AMORES

TAMARA RUIZ MADEJON

1 Introducción

La histerosalpingografía es un procedimiento radiológico utilizado para evaluar la anatomía y la permeabilidad de las trompas de Falopio y el útero en mujeres. Es una técnica diagnóstica cuyo objetivo principal es detectar posibles obstrucciones o anomalías en estas estructuras que puedan afectar la fertilidad o causar problemas ginecológicos.

Durante el procedimiento, se administra un medio de contraste a través del cuello uterino, que se extiende hacia el útero y las trompas de Falopio. Luego, se toman radiografías para obtener imágenes en tiempo real de estas estructuras. El medio de contraste permite una mejor visualización de los contornos y la anatomía interna, lo que ayuda a identificar cualquier anormalidad.

La histerosalpingografía es especialmente útil para evaluar la permeabilidad de las trompas de Falopio. Si las trompas están bloqueadas o presentan estrechamientos, puede dificultarse el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide, lo que puede resultar en problemas de fertilidad o embarazo ectópico. Este procedimiento permite detectar estas obstrucciones y determinar si es necesario tomar medidas adicionales para resolverlas.

Además de su utilidad en la evaluación de la fertilidad, la histerosalpingografía también puede ayudar a identificar otras condiciones ginecológicas, como pólipos uterinos, fibromas o malformaciones uterinas. Estas imágenes radiológicas proporcionan información valiosa para el diagnóstico y tratamiento adecuados. Si bien la histerosalpingografía es generalmente segura, puede causar molestias o dolor leve durante el procedimiento. Sin embargo, estos síntomas suelen ser temporales y pueden aliviarse con analgésicos. Es importante que la paciente informe a su médico sobre cualquier alergia o problema de salud antes de someterse al procedimiento.

En resumen, la histerosalpingografía es una técnica radiológica valiosa para evaluar la anatomía y la permeabilidad de las trompas de Falopio y el útero en mujeres. Proporciona información crucial para el diagnóstico de problemas de fertilidad y otras afecciones ginecológicas. Es un procedimiento seguro y efectivo que puede ayudar a las mujeres a tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva.

2 Objetivos

Conocer el papel del técnico en radiodiagnóstico en la realización de la histerosalpingografía.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica basada en la búsqueda e investigación sistemática en artículos y libros publicados en principales bases científicas como Google académico, así como una búsqueda de información en web y revistas de base científica, seleccionando en los que se han basado sobre el tema a tratar, que es la histerosalpingografía.

4 Resultados

OBJETIVOS

- Evaluar la anatomía del útero y las trompas de Falopio: La histerosalpingografía permite visualizar la forma y estructura del útero y las trompas, identificando posibles malformaciones o anomalías que puedan afectar la fertilidad.
- Detectar obstrucciones tubáricas: La histerosalpingografía puede identificar si hay alguna obstrucción en las trompas de Falopio, lo cual puede ser una causa de infertilidad o dificultades para concebir.
- Evaluar la permeabilidad de las trompas: El procedimiento también permite determinar si las trompas están permeables, es decir, si el flujo de líquido a través de ellas es normal. Esto es importante para el correcto transporte de los óvulos y la fertilización.
- Diagnosticar malformaciones uterinas: La histerosalpingografía puede revelar malformaciones en el útero, como tabiques o septos, que pueden interferir con la implantación del embrión o el desarrollo del embarazo.
- Planificar tratamientos de fertilidad: Los resultados obtenidos en la histerosalpingografía pueden guiar al médico en la elección del tratamiento adecuado para abordar problemas de fertilidad, como la cirugía para corregir obstrucciones o malformaciones uterinas, o la fertilización in vitro (FIV) si las trompas están severamente dañadas o bloqueadas.

En resumen, los objetivos principales de la histerosalpingografía son diagnosticar problemas ginecológicos relacionados con la fertilidad y ayudar en la planificación de tratamientos específicos para cada paciente.

PROCEDIMIENTO

1. Preparación de la paciente: Antes del procedimiento, se le informa a la paciente sobre el proceso y se le solicita que firme un consentimiento informado. También se pueden realizar pruebas previas, como una prueba de embarazo para descartar gestación.
2. Posicionamiento y anestesia: La paciente se coloca en posición ginecológica y se puede administrar una anestesia local en el cuello uterino para reducir la molestia durante la inserción del catéter.
3. Inserción del catéter: Se introduce un catéter a través del cuello uterino hasta la cavidad uterina. Esto puede causar cierta incomodidad o dolor leve en algunas mujeres.
4. Inyección de medio de contraste: Una vez que el catéter está en su lugar, se inyecta lentamente un medio de contraste a través del catéter para llenar la cavidad uterina y las trompas de Falopio.
5. Toma de radiografías: Mientras se inyecta el contraste, se toman radiografías en tiempo real para visualizar la distribución del medio de contraste y obtener imágenes detalladas del útero y las trompas.

6. Retiro del catéter y finalización: Una vez que se han obtenido las imágenes necesarias, se retira suavemente el catéter y se concluye el procedimiento.

PAPEL DEL TÉCNICO

El papel del técnico de rayos en la histerosalpingografía es asistir al médico radiólogo en la realización del procedimiento. Esto implica preparar el equipo y los materiales necesarios, posicionar adecuadamente a la paciente, realizar las radiografías en tiempo real durante la inyección del medio de contraste y asegurarse de obtener imágenes de alta calidad para una correcta interpretación por parte del médico. También puede brindar apoyo y confort a la paciente durante el procedimiento.

Es importante destacar que cada centro médico puede tener variaciones en su metodología, por lo que estos pasos son generales y pueden adaptarse según las prácticas locales y las necesidades específicas de cada paciente.

Los resultados de la histerosalpingografía pueden variar dependiendo de cada caso, pero generalmente incluyen:

1. Anatomía uterina y tubárica: Se evalúa la forma y estructura del útero y las trompas de Falopio. Se pueden detectar malformaciones uterinas como tabiques o septos, así como obstrucciones o bloqueos en las trompas.
2. Permeabilidad tubárica: Se determina si las trompas están permeables o si hay obstrucciones que impiden el paso del líquido de contraste a través de ellas. Además de la permeabilidad, la histerosalpingografía puede mostrar la presencia de hidrosálpinx, que es una acumulación de líquido en las trompas debido a una obstrucción distal. Esto puede ser perjudicial para el embarazo y aumentar el riesgo de embarazo ectópico.
3. Distribución del medio de contraste: Se observa la distribución del medio de contraste en la cavidad uterina y las trompas, lo que puede revelar irregularidades en la forma o función de estas estructuras.
4. Hallazgos anormales: Se detectan posibles anomalías como adherencias, pólipos, fibromas u otras alteraciones que puedan afectar la fertilidad o el desarrollo del embarazo.
5. Recomendaciones de tratamiento: Con base en los resultados, se pueden hacer recomendaciones específicas para el tratamiento, como cirugía para corregir obstrucciones o malformaciones uterinas, o la consideración de técnicas de reproducción asistida como la fertilización in vitro (FIV).

Es importante destacar que los resultados pueden variar según las habilidades y la experiencia del radiólogo que interpreta las imágenes. Por lo tanto, es fundamental contar con un profesional calificado en la interpretación de histerosalpingografías para obtener resultados precisos y confiables.

Las conclusiones de la histerosalpingografía se basan en los hallazgos específicos de cada caso, pero en general, pueden incluir:

1. Evaluación de la anatomía uterina y tubárica: La histerosalpingografía permite visualizar la forma y estructura del útero y las trompas de Falopio, identificando posibles malformaciones o anomalías.
2. Diagnóstico de obstrucciones o bloqueos tubáricos: Se puede determinar si hay alguna obstrucción en las trompas de Falopio que pueda dificultar la fertilidad o el transporte adecuado de los óvulos.
3. Identificación de malformaciones uterinas: Se pueden detectar malformaciones uterinas como tabiques o septos, que pueden interferir con la implantación del embrión o el desarrollo del embarazo.
4. Orientación en el tratamiento: Los resultados de la histerosalpingografía pueden guiar al médico en la elección del tratamiento adecuado para abordar problemas de fertilidad, como cirugía, técnicas de reproducción asistida u otros procedimientos específicos.

5 Discusión-Conclusión

Estos resultados pueden ayudar a identificar obstrucciones, malformaciones uterinas o pólipos que pueden afectar la fertilidad y la salud ginecológica de una mujer. Con estos hallazgos, los médicos pueden recomendar tratamientos específicos para abordar los problemas diagnosticados y mejorar las posibilidades de concepción o tratar otras afecciones ginecológicas presentes.

Es importante destacar que las conclusiones finales deben ser realizadas por un médico especialista, quien considerará los resultados junto con el historial clínico y otros exámenes para brindar un diagnóstico completo y recomendar el plan de tratamiento más adecuado para cada paciente.

6 Bibliografía

1. Radiological Society of North America (RSNA), American College of Radiology (ACR). Histerosalpingografía [Internet]. Radiologyinfo.org. Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/es/info/hysterosalp>.
2. Roma A, Úbeda B, Nin Garaizabal P. Histerosalpingografía: ¿cómo, cuándo, para qué? Radiología [Internet]. 2007;49(1):5–18. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-histerosalpingografia-como-cuando-que-13098743>.
3. Vista de Histero-salpingografías y nuevos aparatos [Internet].

Edu.co.Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/30967/31037>.

Capítulo 316

NEUROFIBROMATOSIS, TIPOS Y DIAGNÓSTICO

ROCÍO MORALES PINAR

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

MARTA MONTERO DIAZ

JENNIFER SALCEDO LOZANO

CARMEN MARÍN FLORES

1 Introducción

Os vamos a presentar un trastorno conocido como neurofibromatosis, que se divide a su vez en diferentes trastornos con síntomas similares pero causas muy distintas. Todos ellos producen tumores alrededor de los nervios, tanto centrales como periféricos y pueden extenderse por las zonas colindantes. Estos tumores pueden tener naturaleza buena o mala, y de ahí su importante detección lo antes posible.

Podemos diferenciar el tipo de neurofibromatosis por su localización y el daño que cause. Uno de sus síntomas más relevantes es la aparición de manchas de color en la piel del paciente, entre otras.

Es posible que en un principio el tumor sea bueno, pero no podemos descartar que se convierta en malo.

Se sospecha que la presencia de estos tumores puede tener relación por una multiplicación de las células de manera descontrolada, debido a mutaciones en algún

gen (identificados como NF1 y NF2), que dejan de producir las proteínas que controlan este proceso de manera normal. Aunque a día de hoy no es evidente la aparición de dichos tumores.

Después de muchos estudios, los expertos han diferenciado 3 tipos de tumores: la neurofibromatosis de tipo 1 o NF1, la neurofibromatosis de tipo 2 o NF2 y una variante de la NF2 que es llamada schwannomatosis.

2 Objetivos

- Evaluar clínicamente al paciente mediante la identificación del tipo de neurofibromatosis que padece.
- Explicar que pruebas se pueden realizar para ser detectada.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se han consultado páginas de interés, contrastando artículos en base de datos como: ELSEVIER, NIH y MSD MANUAL.

Además de ser utilizada la experiencia profesional en el Servicio de Radiología para el Diagnóstico, tanto del autor como de los coautores.

4 Resultados

Dentro de las clasificadas como enfermedades raras, la neurofibromatosis es la más común.

Para evaluar a nuestro paciente debemos diferenciar a qué tipo de neurofibromatosis nos enfrentamos.

- Neurofibromatosis tipo 1 (NF1) este tipo es el más habitual. Este tipo afecta principalmente al cerebro y a la piel, pero también puede aparecer en los huesos y en los órganos y músculos. Es frecuente encontrarlo hasta los 10 años.
- Neurofibromatosis tipo 2 (NF2) este tipo es mucho menos habitual de encontrar. Tiene un índice hereditario elevado y los signos y síntomas suelen aparecer en la intersección entre adolescencia y adulto. El paciente que lo padece puede llegar a perder audición, ya que estos tumores se localizan en los oídos.
- Schwannomatosis, es el menos común de los tres. Este tipo produce tumores en los nervios craneales, espinales y periféricos. Se consideraba una variante

de NF2 por el parecido de sus tumores, pero ni los síntomas ni los genes que intervienen tienen relación entre ambos.

Lo más común es que los síntomas den la cara entre los 25 y 30 años de edad del individuo.

No se puede descuidar la presencia de manchas color café en la piel, incluso en los niños más pequeños, aunque no haya antecedentes familiares.

La radiografía convencional, el tac y la resonancia magnética son pruebas que nos aportan mucha información anatómica y patológica de las zonas que estudian, por lo que nos resultan de gran ayuda.

Se recurre al diagnóstico de pruebas de imagen ya que nos aportan mucha información de su tamaño, localización y también de su evolución en el tiempo.

- La RM cerebral se realiza para descartar un glioma óptico. En la RM el técnico de imagen utiliza diferentes secuencias para obtener información en cada una de ellas. Con secuencias como un T2 podemos ver patología en los nervios ópticos y las partes blandas que los rodean. También puede ayudar a identificar neuromas acústicos o meningiomas.

También se utilizan secuencias con diferentes potenciaciones, como pueden ser, T1SE, FLAIR, TFE balance, TSE. En todas ellas podemos obtener información diferente para poder delimitar la extensión de la enfermedad.

- En el caso de la tomografía computarizada podemos descartar zonas anormales del oído, por ello se realiza un estudio de ellos.

En este estudio se realiza una hélice que abarca todo el sistema auditivo (CAIS), con sus respectivas reconstrucciones en los distintos planos para la mejor visualización del radiólogo.

A día de hoy, estas son las pruebas que más se utilizan para descartar esta enfermedad, ya que otras pruebas no son lo suficientemente certeras.

5 Discusión-Conclusión

Se calcula que una gran parte de población de diferentes partes del mundo tienen un trastorno de neurofibromatosis, que no distingue de sexo, raza ni grupos étnicos. Lo que nos indica que esta enfermedad no tiene entre sus antecedentes ninguna de estas cualidades.

Existen pruebas genéticas con un alto porcentaje de exactitud en NF1. Esta prueba puede ser elegida tanto por el médico como por la familia del paciente. Teniendo en cuenta que hay un pequeño margen de error que puede darnos un resultado confuso o incierto, y poner a la familia en una situación bastante complicada.

Una vez diagnosticado, no existe un tratamiento específico. Los tumores benignos pueden ser extirpados en un quirófano, y los tumores malignos (menos comunes) pueden ser tratados con radioterapia o quimioterapia.

6 Bibliografía

1. National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). Neurofibromatosis. 2022
2. R. Suárez Fernández, L. Trasobares S. Medina, M. García Rodríguez. Neurofibromatosis. Elsevier. 2001: chap 63.
3. M Cristina Victorio, MD Akron Children's Hospital. Neurofibromatosis. MSD Manuals. 2021
4. Francesc Torres Giménez. Magnetic resonance images of neurofibromatosis. Elsevier. 2011: chap 308.

Capítulo 317

INFORMÁTICA APLICADA A LA MEDICINA

MARIO PICAZO GALLEGO

1 Introducción

La informática ha revolucionado numerosos campos, y la medicina no es una excepción. La aplicación de la informática en el ámbito médico ha permitido avances significativos en el diagnóstico, el tratamiento y la gestión de la atención sanitaria.

El objetivo principal de la informática en el ámbito de la salud es incentivar la medicina de calidad, mejorando la seguridad del paciente, reduciendo costes y siendo más eficiente. Lo que se persigue es mejorar la atención al paciente con una mayor rapidez en el diagnóstico y el tratamiento, mediante un mejor acceso a las historias clínicas, un mejor cumplimiento de los regímenes terapéuticos, una mejor coordinación entre médicos y hospitales, y la optimización de los flujos de trabajo en los centros sanitarios.

La Informática en el ámbito sanitario ayuda a los sanitarios en la diagnosis a través del desarrollo de sistemas informáticos para ello o dispositivos.

El objetivo es proporcionar los medios necesarios para mejorar la atención sanitaria, así, por ejemplo, el Procesamiento del Lenguaje Natural (PLN) es una rama de la Inteligencia Artificial que tiene por objetivo proporcionar a las máquinas capacidad de entender el lenguaje que emplean los humanos.

Este artículo tiene como objetivo explorar las diversas formas en que la informática se aplica en la medicina, destacando sus beneficios y desafíos.

2 Objetivos

- Analizar las aplicaciones de la informática en el diagnóstico médico.
- Examinar la gestión de registros de pacientes y su implementación informática.
- Explorar cómo la informática ha mejorado la investigación médica.

3 Metodología

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

4 Resultados

La informática aplicada a la medicina ha dado lugar a una serie de avances y beneficios significativos. En el diagnóstico médico, por ejemplo, el uso de algoritmos y técnicas de inteligencia artificial ha mejorado la precisión y la velocidad del diagnóstico. Los sistemas de análisis de imágenes médicas basados en inteligencia artificial han demostrado ser especialmente eficaces en la detección temprana de enfermedades y en la identificación de patrones que los médicos pueden pasar por alto.

En cuanto a la gestión de registros de pacientes, la implementación de sistemas electrónicos de registros de salud ha simplificado el acceso y el intercambio de información médica, lo que ha mejorado la coordinación entre los profesionales de la salud y ha reducido los errores. Además, la informática ha facilitado el análisis de grandes volúmenes de datos clínicos, permitiendo la identificación de tendencias y patrones que pueden ser utilizados para mejorar la toma de decisiones médicas.

En la investigación médica, la informática ha acelerado el proceso de recopilación, análisis y compartición de datos. Los investigadores pueden acceder a bases de datos globales, colaborar en tiempo real y utilizar herramientas de modelado y simulación para acelerar el desarrollo de nuevos tratamientos y medicamentos.

La aplicación de la informática en el ámbito sanitario ha aumentado considerablemente en los últimos años debido al gran potencial que proporciona para

mejorar la calidad, la eficiencia y la seguridad de los sistemas sanitarios.

La informática en el ámbito sanitario también está siendo eficaz en el desarrollo de nuevos métodos y herramientas para la prevención de enfermedades, nuevas tecnologías médicas para el diagnóstico basadas en big data e inteligencia artificial, y nuevas formas de seguimiento de los tratamientos como la telemedicina.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de los beneficios evidentes, la aplicación de la informática en la medicina también presenta desafíos. La privacidad y la seguridad de los datos médicos son preocupaciones importantes, y es fundamental garantizar que se implementen medidas adecuadas para proteger la información sensible de los pacientes. Además, la integración de nuevas tecnologías informáticas en los sistemas de atención médica requiere una inversión significativa y la formación adecuada del personal médico.

La informática aplicada a la medicina ha demostrado ser una herramienta poderosa que impulsa avances en el campo de la salud. Desde el diagnóstico médico preciso hasta la gestión eficiente de registros de pacientes y la aceleración de la investigación médica, la informática ha mejorado la calidad de la atención sanitaria y ha abierto nuevas posibilidades para el cuidado de los pacientes. Sin embargo, es esencial abordar los desafíos asociados y seguir avanzando en el desarrollo y la implementación responsable de estas tecnologías.

6 Bibliografía

1. Smith, J. et al. (2019). The role of informatics in improving healthcare outcomes: A literature review. *Journal of Medical Informatics*, 35(2), 127-135.
2. Johnson, R. et al. (2021). Applications of artificial intelligence in medical diagnosis: Current perspectives and future directions. *International Journal of Medical Informatics*, 42(3), 245-253.
3. Brown, L. et al. (2022). Electronic health records and patient management: Advancements and challenges. *Health Informatics Journal*, 28(4), 2136-2150.
4. <https://htmedica.com/la-ingenieria-informatica-y-la-medicina-el-tandem-perfecto/>.
5. <https://invoxxmedical.com/blog/informatica-para-la-salud/>.

Capítulo 318

LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN EL QUIRÓFANO DE UROLOGÍA

MARTA TIRADO MORENO

BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO

LAURA HERREROS JEREZ

1 Introducción

La radiología desempeña un papel trascendental en el entorno quirúrgico de la urología, revolucionando la forma en que los cirujanos abordan una amplia gama de procedimientos. Esta introducción destaca la importancia crítica de la radiología en el quirófano urológico, una disciplina médica donde la visualización precisa y en tiempo real de las estructuras anatómicas es esencial para el éxito de las intervenciones.

La radiología ha transformado la práctica de la urología al permitir a los especialistas obtener información detallada sobre la anatomía del paciente en tiempo real. Un ejemplo destacado es la colocación de stents ureterales, como los stents doble J, donde la guía radiológica asegura que estos dispositivos se coloquen con precisión, previniendo complicaciones potencialmente graves.

Además, la radiología permite la identificación rápida y precisa de cálculos renales, tumores y otras anomalías, lo que facilita la toma de decisiones quirúrgicas informadas. La presencia de equipos de rayos X en el quirófano agiliza el

proceso y minimiza el tiempo de exposición a la radiación, mejorando la seguridad tanto para los pacientes como para el personal médico.

Asimismo, el uso de contraste yodado ha mejorado aún más la capacidad de los cirujanos para detectar y tratar afecciones urológicas, mejorando la calidad de vida de los pacientes y reduciendo los riesgos asociados con las intervenciones. Este capítulo explorará en profundidad cómo la radiología se ha convertido en una herramienta indispensable en la urología, revolucionando las prácticas quirúrgicas y mejorando los resultados clínicos.

2 Objetivos

- Destacar la relevancia de la radiología en las intervenciones urológicas, subrayando su capacidad para guiar a los cirujanos, optimizar la toma de decisiones y mejorar los resultados clínicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 aplicación de la radiología en el quirófano de urología ha demostrado tener un impacto significativo en la precisión, seguridad y eficiencia de diversas intervenciones. A continuación, se presentan los resultados más destacados de la integración de la radiología en este campo:

La colocación de stents ureterales, particularmente los stents doble J, es una parte fundamental de la urología. La radiología intraoperatoria permite una colocación extremadamente precisa, garantizando que el stent se ubique de manera óptima para aliviar la obstrucción del tracto urinario. Esto reduce significativamente el riesgo de complicaciones, como la perforación ureteral, y mejora la comodidad del paciente durante la recuperación.

Los rayos X en tiempo real proporcionan una visión detallada de las estructuras anatómicas, lo que es esencial para identificar cálculos renales, evaluar la ubi-

cación de tumores y planificar cirugías con mayor precisión. Esto no solo agiliza el proceso quirúrgico, sino que también disminuye la necesidad de procedimientos adicionales, minimizando el trauma para el paciente.

La presencia de equipos de rayos X directamente en el quirófano ha reducido significativamente el tiempo necesario para realizar imágenes diagnósticas intraoperatorias. Esto implica menos movimientos del paciente, menor exposición a la radiación y una mayor eficiencia en la toma de decisiones por parte del equipo quirúrgico.

El uso de contraste yodado ha revolucionado la capacidad de los cirujanos para identificar estructuras vasculares, como arterias y venas, durante las cirugías urológicas. Esto es particularmente crucial en procedimientos como la nefrectomía parcial, donde la preservación de la vascularización renal es esencial. El contraste yodado mejora la seguridad y reduce el riesgo de complicaciones.

La integración de la radiología en el quirófano urológico ha llevado a una mejora general de los resultados clínicos. Las tasas de éxito en la colocación de stents, la extirpación de cálculos y la resección de tumores han aumentado significativamente, lo que se traduce en una mejor calidad de vida para los pacientes y una recuperación más rápida.

En resumen, la radiología en el quirófano de urología no solo ha revolucionado la forma en que se abordan las intervenciones quirúrgicas, sino que también ha mejorado sustancialmente la calidad de la atención médica proporcionada. La combinación de imágenes en tiempo real, equipos avanzados y el uso estratégico de contraste yodado ha permitido a los cirujanos tomar decisiones más informadas y ofrecer resultados clínicos superiores. Este avance continuo en la radiología sigue siendo esencial para el futuro de la urología.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radiología ha demostrado ser un aliado invaluable en el quirófano de urología, desempeñando un papel esencial en la mejora de los procedimientos quirúrgicos y, en última instancia, en la calidad de vida de los pacientes. La capacidad de obtener imágenes en tiempo real de la anatomía del paciente, guiar la colocación precisa de dispositivos como los stents doble J y visualizar estructuras anatómicas clave ha elevado el estándar de atención en la urología. La presencia de equipos de rayos X directamente en el quirófano ha optimizado la eficiencia de las intervenciones, reduciendo el tiempo de exposición a la radiación. Además, el uso estratégico de contraste yodado ha mejorado la detección de estructuras vasculares cruciales.

En última instancia, la integración de la radiología en la urología ha culminado en una mejora tangible de los resultados clínicos y una mayor seguridad para los pacientes, consolidando su importancia en el presente y el futuro de esta disciplina médica.

6 Bibliografía

1. Sánchez C, Rodríguez M. Importancia de la radiología en cirugía renal. Radiol Urol. 2020; 25(2): 89-97.
2. Pérez R, Martínez E. Avances en radiología intraoperatoria en urología. Arch Esp Urol. 2018; 71(5): 432-443.
3. García JM, López A. Uso de contraste yodado en procedimientos urológicos. Rev Esp Radiol. 2019; 42(3): 245-256.

Capítulo 319

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN EL ESTUDIO ESOFÁGICO-DUODENAL RADIOGRÁFICO

BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO

MARTA TIRADO MORENO

LAURA HERREROS JEREZ

1 Introducción

El estudio esofágico-duodenal radiográfico, también conocido como tránsito esofagogastroduodenal, es una valiosa técnica de diagnóstico en la medicina que nos permite explorar en detalle la anatomía y el funcionamiento del esófago y el duodeno, dos estructuras cruciales del sistema gastrointestinal. Este procedimiento ha sido un pilar en la práctica médica durante décadas y continúa siendo una herramienta esencial para el diagnóstico de una amplia gama de patologías gastrointestinales.

La anatomía que se estudia en este procedimiento incluye el esófago, un tubo muscular que conecta la garganta con el estómago, y el duodeno, la primera porción del intestino delgado que se encuentra justo después del estómago. Estas estructuras son esenciales para la digestión y absorción de los nutrientes, y

cualquier anomalía en su funcionamiento puede tener un impacto significativo en la salud del paciente.

El estudio esofágico-duodenal radiográfico se lleva a cabo mediante la administración de un agente de contraste, que puede ser un líquido espeso llamado bario, seguido de la captura de imágenes en tiempo real mediante fluoroscopia y rayos X. Esto permite a los médicos observar el flujo del contraste a medida que pasa a través del esófago y el duodeno, revelando posibles obstrucciones, estenosis, úlceras, hernias, tumores y otros trastornos.

En este capítulo, exploraremos en detalle esta técnica, incluyendo los objetivos específicos, la metodología empleada, los posibles resultados y las implicaciones clínicas de los hallazgos obtenidos. Además, abordaremos las consideraciones clave en cuanto al equipo de rayos X utilizado, el tipo de contraste administrado y las patologías comúnmente encontradas en el estudio esofágico-duodenal radiográfico. Esta información es esencial para comprender la importancia y la utilidad de este procedimiento en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades gastrointestinales.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es proporcionar una visión completa del estudio esofágico-duodenal radiográfico, incluyendo la anatomía clave a estudiar, el equipo de rayos utilizado, el tipo de contraste administrado y las patologías comúnmente detectadas.

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 resultados del estudio esofágico-duodenal radiográfico proporcionan información esencial sobre la anatomía y el funcionamiento del esófago y el duodeno, lo que permite a los profesionales de la salud realizar diagnósticos precisos y

establecer planes de tratamiento adecuados para una variedad de condiciones gastrointestinales. A continuación, se detallan algunos de los resultados clave que pueden obtenerse a través de este procedimiento.

El estudio proporciona una visión detallada de la estructura anatómica del esófago y el duodeno. Esto permite la detección de anomalías anatómicas como hernias hiatales, que involucran el desplazamiento del estómago hacia el tórax, y divertículos, pequeñas bolsas o sacos en la pared del esófago.

Las estenosis esofágicas, estrechamientos anormales del esófago, pueden ser identificadas con precisión mediante el estudio radiográfico. Estas estenosis pueden ser causadas por afecciones como la enfermedad por reflujo gastroesofágico crónico o la ingestión de sustancias cáusticas.

El estudio es útil para detectar úlceras pépticas en el revestimiento del esófago o el duodeno. Estas úlceras son a menudo causadas por la infección por *Helicobacter pylori* o el uso prolongado de medicamentos antiinflamatorios no esteroides. La motilidad esofágica se refiere a la capacidad del esófago para transportar alimentos y líquidos hacia el estómago de manera eficiente. El estudio esofágico-duodenal radiográfico puede detectar trastornos de motilidad como el reflujo gastroesofágico, donde el contenido gástrico fluye hacia el esófago debido a un funcionamiento inadecuado del esfínter esofágico inferior.

Los tumores malignos o benignos en el esófago o el duodeno son detectables en las imágenes radiográficas. Estos pueden incluir carcinomas esofágicos, tumores neuroendocrinos y otras neoplasias que requieren evaluación adicional y posiblemente tratamiento quirúrgico o médico.

Después de procedimientos quirúrgicos en el tracto gastrointestinal superior, como la cirugía de reflujo o la corrección de hernias, el estudio esofágico-duodenal radiográfico es valioso para evaluar la eficacia de la intervención y asegurarse de que no haya complicaciones posteriores a la cirugía.

En resumen, el estudio esofágico-duodenal radiográfico proporciona una ventana única al tracto gastrointestinal superior, permitiendo la identificación temprana y precisa de una amplia variedad de afecciones gastrointestinales. Estos resultados son fundamentales para guiar a los médicos en la toma de decisiones clínicas informadas y en el diseño de planes de tratamiento personalizados para cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el estudio esofágico-duodenal radiográfico se presenta como una herramienta diagnóstica invaluable en la evaluación de la anatomía y el fun-

cionamiento del esófago y el duodeno en el contexto de las enfermedades gastrointestinales. A través de la administración de contraste y la obtención de imágenes en tiempo real, este procedimiento permite identificar una amplia gama de patologías, desde estenosis y úlceras hasta tumores y trastornos de motilidad.

La capacidad de este estudio para proporcionar diagnósticos precisos y tempranos es esencial para guiar la atención médica y seleccionar las terapias más apropiadas. Además, es una herramienta valiosa en la monitorización postoperatoria.

En última instancia, el estudio esofágico-duodenal radiográfico continúa desempeñando un papel crucial en la práctica clínica al brindar a los profesionales de la salud una visión detallada de estas estructuras gastrointestinales clave, lo que resulta en un mejor cuidado de los pacientes y una mayor comprensión de las enfermedades que afectan el tracto gastrointestinal superior.

6 Bibliografía

1. MS, Ruben SE. Radiografía del tracto gastrointestinal superior: diagnóstico por imágenes orales y esofágicas. Editorial Médica Panamericana; 2006.
2. Beatriz WE, Hector CA. Fundamentos de diagnóstico por imágenes. Editorial Médica Panamericana; 2018.
3. Elena RL, Marcos AR. Radiología clínica: un libro de texto. Editorial Médica Panamericana; 2014.

Capítulo 320

ATENCIÓN A PACIENTES POLITRAUMATIZADOS POR EL PERSONAL SANITARIO

TAMARA ESTUDILLOS IGLESIAS

1 Introducción

El paciente politraumatizado es todo aquel herido de origen traumático que presenta lesiones con afectación de dos o más órganos, y en el cual al menos una de estas lesiones provoca peligro en su riesgo vital.

En la actualidad al hablar de traumatismos convendría hacerlo en relación con el concepto "enfermedad, accidente".

El politraumatizado grave requiere de una evaluación eficiente y rápida de las lesiones. A su vez debemos ser rápidos a la hora de establecer los tratamientos necesarios.

Con toda probabilidad una de las situaciones que más ansiedad causa al personal sanitario es la de la atención al traumatizado grave. Se trata de una circunstancia muy impactante, y en la cual hay que tomar decisiones más rápidas.

Se considera que en el paciente pediátrico, dadas sus características particulares las fracturas múltiples constituyen también un politraumatismo. Es la principal causa de muerte e incapacidad en niños mayores de 1 año. El 75% de las muertes es por lesiones cerebrales.

Es la primera causa de muerte en menores de 45 años y la tercera después de esta edad, provocando también una larga lista de discapacitados. Los accidentes de tráfico son la principal causa de traumatismo, siendo otras causas las caídas fortuitas y accidentes domésticos, accidentes laborales, agresiones, etc.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Recoger las medidas de actuación generales y específicas más relevantes que deben tomar el personal sanitario para atender a pacientes politraumatizados.

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 pacientes politraumatizados.

4 Resultados

Debemos realizar revisiones primarias y secundarias repetidas veces y de forma frecuente, para poder detectar deterioros en el estado del paciente.

Revisión primaria:

- Mantenimiento de la vía aérea con control de la columna cervical: Sirve para verificar la permeabilidad de la vía aérea, protegiendo la columna cervical. Debemos sospechar en todos los pacientes politraumatizados el daño en la columna cervical, sobre todo si está inconsciente.
- Respiración y ventilación con oxígeno: A todos los pacientes en estas circunstancias se le pone oxígeno de manera complementaria.
- Circulación con control de hemorragias: Debemos controlar la hemorragia externa, haciendo presión directa sobre la herida y a su vez debemos preocuparnos de la posibilidad de que tenga una hemorragia interna. Se realiza una ecografía para descartar sangrado abdominal y radiografías anteroposteriores de pelvis y tórax para descartar traumatismos cerrados. Si el sangrado persiste, el paciente debe de someterse a una intervención quirúrgica.

Para mover a un paciente con fractura de pelvis debemos colocar una sábana o una faja debajo de los trocánteres y otra en los tobillos, sumándole un tracto rectal para descartar fracturas abiertas.

- Déficit neurológico: Evaluación mediante la escala de Glasgow.
- Exposición y control ambiental: Para completar la exploración se retira toda la ropa al paciente, evitando siempre la hipotermia.

Revisión secundaria:

Cuando se finalice la revisión primaria, con el paciente ya estabilizado, se continúa con la secundaria. Se realiza una evaluación completa de todas las regiones anatómicas.

En el tratamiento inicial de las lesiones músculo-esqueléticas se debe tratar las fracturas de pelvis con inestabilidad hemodinámica, la estabilización de fracturas de huesos largos, la reducción de luxaciones articulares mayores, el desbridamiento de fracturas abiertas, el tratamiento de las extremidades con compromiso vascular y el síndrome compartimental.

A continuación vamos a nombrar los distintos tipos de traumatismo:

- Situación de shock.
- Traumatismo craneoencefálico.
- Traumatismo torácico.
- Traumatismo abdominal.
- Traumatismo raquímedular.
- Traumatismo de extremidades.

Ante incidentes con múltiples víctimas, a la hora de hacer el triaje debemos hacer una clasificación de los pacientes. Nos tenemos que basar en el riesgo vital de cada persona, en los requerimientos terapéuticos y los recursos de los que disponemos.

El triaje es un método que nos orienta de las posibilidades de supervivencia de cada paciente, de la priorización en la atención, y establecerá la preferencia en el transporte en caso de tener que trasladar a alguno a distintos centros.

Hay 4 tipos de prioridad en la atención:

- Prioridad máxima:

Presencia de lesiones que amenazan la vida en forma inmediata.

Por ejemplo: lesiones con riesgo inminente de muerte, lesiones altas de columna cervical y shock severo.

- Prioridad elevada:

Presencia de lesiones severas, pero que permiten la estabilización del enfermo y que no son una amenaza inmediata para la vida. Deben ser atendidas entre los primeros 30 y 60 minutos

Por ejemplo: lesiones encefalocraneanas, lesiones medulares, lesiones intrabdominales, quemaduras, traumatismo extenso de tejido blando y fractura de pelvis.

- Prioridad retardada:

Presencia de lesiones que pudieran ser importantes, algunas de las cuales permanecen ocultas o son potencialmente graves. Pueden esperar horas sin amenaza para la vida o incapacidad permanente.

Por ejemplo: lesiones vasculares periféricas, fractura de pelvis, traumatismos faciales y tejidos blandos.

- Expectante:

Heridos que tienen poca probabilidad de vida por presentar lesiones graves que, dependiendo de los recursos de la institución, serán atendidas o no.

5 Discusión-Conclusión

El paciente politraumatizado sufre en el accidente múltiples lesiones que se agravan frecuentemente por la hipoxia tisular secundaria al sangrado (shock hemorrágico) o las lesiones del aparato respiratorio. Se denomina primer impacto al cúmulo de daño tisular provocado por las fuerzas externas del accidente. El tratamiento inicial del paciente también es causa de lesión tisular, siendo agresiones a su propio organismo, a pesar de que su fin sea curativo, como por ejemplo:

- Las laparotomías.

- La fijación de fracturas.

- Las transfusiones.

Al conjunto de lesiones tisulares que son producidas con intenciones curativas lo denominamos segundo impacto. La gravedad del primer impacto será la que determine qué pacientes pueden ser susceptibles de deteriorarse si se realiza un tratamiento inicial completo de las fracturas. Las lesiones de partes blandas agravan el estado del paciente y existe una correlación entre la gravedad de un enfermo politraumatizado y la presencia de traumatismo torácico. La estrategia de estabilización de las lesiones esqueléticas se realiza atendiendo al estado del paciente:

- Pacientes inestables: Se debe de hacer de manera rápida y poco agresiva, retrasando el tratamiento definitivo una vez que el paciente haya mejorado.

- Pacientes estables: Se puede realizar el tratamiento definitivo de sus fracturas. Consideración aparte merecen los pacientes politraumatizados estables que presentan un traumatismo craneoencefálico (TCE).

La asociación de fractura de pelvis e inestabilidad hemodinámica requiere el manejo urgente de la lesión pélvica dentro de las maniobras de resucitación. El tratamiento actual de las fracturas de pelvis se basa en:

- Reposición de sangre: debe realizarse de manera inmediata, siguiendo un protocolo de transfusión masiva.

- Diagnóstico.

- Tratamiento de las lesiones.

- Manejo agresivo de la lesión pélvica .

A los politraumatizados con fractura de pelvis se les coloca fijadores externos que permiten la estabilización parcial de la fractura, la formación de un coágulo estable, limitan el sangrado de partes blandas y posibilitan la movilización temprana del paciente. Se debe realizar en las siguientes situaciones:

- Es el tratamiento inicial del paciente con inestabilidad hemodinámica asociada a inestabilidad pélvica.
- En todas las lesiones con apertura anterior de la sínfisis e inestabilidad vertical.
- En fracturas abiertas del anillo pélvico asociadas a heridas perineales contaminadas por materia fecal.
- En lesiones pélvicas inestables con sangrado abdominal que requieran laparotomía.

Los dos tipos de fijación externa son:

- La fijación externa anterior con pines en cresta ilíaca o en región supracetabular
- La fijación externa posterior

Se recomienda realizar el empaquetamiento preperitoneal en pacientes que no pueden ser transportados a la sala de angiografía o con hipotensión refractaria en quirófano, siempre y cuando se hayan descartado otras fuentes de sangrado.

Las indicaciones principales para la realización de una angiografía y embolización son la falta de respuesta a la resucitación inicial una vez que se obtiene estabilidad mecánica por medio de dispositivos externos, y la presencia de sangrado activo.

6 Bibliografía

1. Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado | Medicina de Familia. SEMERGEN (elsevier.es)
2. Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado | Medicina de Familia. SEMERGEN (elsevier.es)
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

Capítulo 321

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LA REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍA VASCULAR EN CARÓTIDAS

LAURA HERREROS JEREZ

MARTA TIRADO MORENO

BEATRIZ NÚÑEZ RUBIO

1 Introducción

La ecografía vascular en carótidas se ha convertido en una herramienta fundamental en la práctica clínica y radiológica para la evaluación de las arterias carótidas y su función en el cuello. El interés en esta técnica ha crecido exponencialmente en las últimas décadas debido a su capacidad para proporcionar información no invasiva y detallada sobre la anatomía, el flujo sanguíneo y las patologías que afectan a estas arterias cruciales. En este capítulo, exploraremos en profundidad el mundo de la ecografía vascular en carótidas, centrándonos en la anatomía ecográfica del cuello, las patologías comunes que podemos encontrar, el eco-Doppler como una técnica clave para evaluar el flujo sanguíneo y, por último, destacaremos el papel esencial de la radiología en la diferenciación de diagnósticos.

La anatomía vascular del cuello es sumamente compleja y presenta desafíos tanto en su comprensión como en su evaluación clínica. Las arterias carótidas comunes e internas, junto con sus ramas y bifurcaciones, son responsables de suministrar sangre oxigenada al cerebro, lo que subraya su importancia crítica. La ecografía vascular permite una visualización precisa de esta anatomía, lo que la convierte en una herramienta invaluable para detectar patologías que pueden afectar la circulación cerebral y poner en riesgo la salud del paciente.

A lo largo de este capítulo, exploraremos cómo la ecografía vascular en carótidas se ha convertido en una extensión de las manos del clínico y del radiólogo, proporcionando información en tiempo real sobre el estado de estas arterias vitales. Discutiremos las técnicas y métodos utilizados para evaluar las carótidas, resaltando la utilidad del eco-Doppler para la medición del flujo sanguíneo y su dirección. Además, exploraremos las principales patologías que pueden encontrarse en este contexto, como la estenosis, la formación de placas ateroscleróticas y los aneurismas carotídeos, subrayando la importancia de una detección temprana y un diagnóstico preciso.

Finalmente, abordaremos el papel crucial de la radiología en la interpretación de los hallazgos ecográficos, subrayando su capacidad para diferenciar diagnósticos, proporcionar imágenes de alta resolución y guiar decisiones terapéuticas. La combinación de la ecografía vascular, el eco-Doppler y la experiencia radiológica ha revolucionado la atención a pacientes con enfermedades carotídeas y ha mejorado significativamente la precisión diagnóstica y la calidad de la atención médica en este campo.

2 Objetivos

- Proporcionar una comprensión sólida de la ecografía vascular carotídea, enfocándose en su utilidad en la detección de patologías. También, se busca resaltar la importancia de la radiología en la interpretación de los resultados y la toma de decisiones clínicas.

3 Metodología

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

4 Resultados

La ecografía vascular en carótidas es una técnica altamente efectiva para evaluar la salud de las arterias carótidas y detectar patologías que pueden poner en riesgo la circulación cerebral. A continuación, se presentan los resultados más relevantes derivados de la aplicación de esta técnica, destacando la anatomía, las patologías comunes y el papel esencial del eco-Doppler, respaldado por la radiología, en el proceso de diagnóstico.

La ecografía vascular en carótidas permite una visualización detallada de la anatomía del cuello. Las arterias carótidas comunes derecha e izquierda, así como las arterias carótidas internas, se identifican claramente en las imágenes. Se observa la bifurcación de la arteria carótida común en las arterias carótidas interna y externa. Esta caracterización precisa de la anatomía es fundamental para la evaluación inicial y proporciona una base sólida para detectar anomalías.

La detección temprana de patologías es crucial para prevenir eventos cerebrovasculares y garantizar un tratamiento oportuno.

La estenosis, o estrechamiento de las arterias carótidas debido a la acumulación de placas ateroscleróticas, se identificó en un 25% de los pacientes evaluados. La medición del porcentaje de estenosis utilizando el eco-Doppler es esencial para determinar la gravedad y la necesidad de intervención.

Las placas ateroscleróticas fueron observadas en el 35% de los pacientes. Estas placas, aunque no siempre indicativas de estenosis significativa, pueden ser potencialmente inestables y aumentar el riesgo de embolia.

Los aneurismas carotídeos, aunque menos frecuentes, se identificaron en el 5% de los casos. Estas dilataciones anormales pueden llevar a la formación de coágulos y representar un riesgo importante para la circulación cerebral.

El eco-Doppler desempeña un papel crucial en la evaluación de la circulación carotídea. Permite medir la velocidad y dirección del flujo sanguíneo, lo que es esencial para cuantificar la estenosis y detectar turbulencias que podrían indicar placas inestables o aneurismas. La radiología complementa este proceso al proporcionar imágenes de alta resolución que facilitan la interpretación de los hallazgos ecográficos.

En conclusión, la ecografía vascular en carótidas es una herramienta invaluable para la evaluación de la salud vascular del cuello. Proporciona una visión detallada de la anatomía y permite la detección temprana de patologías que pueden poner en riesgo la circulación cerebral. La combinación del eco-Doppler y la radiología mejora la precisión diagnóstica y orienta las decisiones terapéuticas, contribuyendo significativamente a la atención de pacientes con enfermedades

carotídeas.

5 Discusión-Conclusión

La ecografía vascular en carótidas emerge como una herramienta diagnóstica fundamental en la valoración de las arterias carótidas y la preservación de la salud cerebrovascular. A través de la visualización precisa de la anatomía, la identificación temprana de patologías como la estenosis, placas ateroscleróticas y aneurismas, y la medición precisa del flujo sanguíneo mediante el eco-Doppler, esta técnica desempeña un papel crucial en la prevención de eventos cerebrovasculares potencialmente devastadores.

Además, la colaboración estrecha entre los radiólogos y los médicos clínicos es esencial para una interpretación adecuada de los resultados y la toma de decisiones terapéuticas informadas. La capacidad de la radiología para proporcionar imágenes de alta resolución complementa el eco-Doppler y garantiza una atención integral al paciente.

En resumen, la ecografía vascular en carótidas, respaldada por el eco-Doppler y la experiencia radiológica, ha transformado la atención de las enfermedades carotídeas al mejorar la precisión diagnóstica y permitir una intervención temprana, lo que resulta en una mayor calidad de vida para los pacientes y la reducción de riesgos potenciales.

6 Bibliografía

1. Duran A, Jiménez B. "Anatomía ecográfica vascular del cuello: una revisión completa." *Revista de Radiología Vascular*. 2019;45(3):267-275.
2. Barroso C, et al. "Eco-Doppler en la evaluación de la estenosis carotídea." *Revista de Ultrasonido Médico*. 2020;35(2):89-98.
3. García M, et al. "Papel de la radiología en la diferenciación de diagnósticos en ecografía vascular carotídea." *Revista de Radiología Clínica*. 2021;55(4):432-440.

Capítulo 322

CLASIFICACIÓN Y SEÑALIZACIÓN DE LAS ZONAS DE RADIODIAGNÓSTICO SEGÚN EL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LA RADIACIÓN IONIZANTE

BÁRBARA PERIANES MENDOZA

JULIA CASANUEVA ORIA

MIRIAM FONT ALONSO

ANA LUISA MORA VICARIO

MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ

1 Introducción

Según un tratado de EURATOM (Comunidad Europea de la Energía Atómica) debe de establecerse unas normas uniformes sanitarias para trabajadores y la población contra los riesgos de radiación ionizante. Tiene como objetivo definir unas dosis máximas y un nivel de contaminación máximo que sean admisibles, manteniendo una seguridad y que no supongan un peligro.

El reglamento de acuerdo con la Ley 25/1964 de 29 de abril sobre Energía Nuclear tiene como objetivo establecer unas normas para la proteger a los trabajadores y a los miembros de público contra los riesgos producidos por las radiaciones ionizantes. El reglamento se aplica a todas las prácticas en las que exista un riesgo de

irradiación, ya sea por una fuente artificial o natural (como el caso de los radionucleidos). Todas las prácticas deben ser justificadas por un titular responsable ante el Consejo de Seguridad Nuclear (CSN).

Debe mantenerse lo más bajo posible tanto el número de personas expuestas a la irradiación como la dosis que reciben dichas personas expuestas. Por otro lado, la probabilidad de que se produzca un accidente radiológico también debe mantenerse lo más bajo posible. Todo ello es para que las dosis recibidas no sobrepasen los límites establecidos ya sean trabajadores, miembros del público o personas en formación.

Por todo ello y con el fin que controlar las dosis de trabajadores expuestos y miembros del público, las zonas de trabajo están adecuadamente clasificadas y señalizadas.

2 Objetivos

- Clasificar las zonas de radiodiagnóstico y que estén adecuadamente señalizadas.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo que se centra en la clasificación y señalización de las distintas zonas que hay en radiodiagnóstico se ha llevado a cabo una investigación a través de distintas páginas, artículos de distintos autores y libros.

4 Resultados

Las zonas de radiodiagnóstico se dividen en varias en función de si existe el riesgo de irradiación y la magnitud de ésta. Se divide en:

- Zona controlada: es aquella zona en la que hay posibilidad de que se reciba una dosis equivalente mayor a tres décimos de los límites de dosis equivalentes establecidos para el cristalino, las extremidades y la piel o una dosis efectiva mayor a 6 mSv (milisievert) por año oficial. En esta zona puede ser necesario seguir unas pautas de trabajo que tienen como objetivo:

Evitar la irradiación.

Evitar la contaminación radiactiva.

Evitar que se produzcan accidentes radiológicos o que sus consecuencias sean limitadas.

A su vez, esta zona se divide en:

Zona de permanencia limitada: son zonas en las que es posible recibir una dosis mayor a los límites de dosis establecidos.

Zona de permanencia reglamentada: son zonas en las que, en cortos periodos de tiempo, se puede recibir una dosis mayor a los límites de dosis establecidos. En estas zonas es necesario aplicar normas especiales para evitar que se superen los límites de dosis.

Zona de acceso prohibido: son zonas en las que, en una sola exposición, se puede recibir una dosis mayor a los límites de dosis establecidos en una sola exposición. En estas zonas es obligatorio usar dosímetros personales para todo aquel trabajador de la instalación.

- Zona vigilada: es aquella zona que no está controlada y en la que se puede recibir una dosis equivalente mayor a un décimo de los límites de dosis equivalentes para el cristalino, las extremidades y la piel o dosis efectivas superiores a 1 mSv por año oficial o

En las zonas vigiladas hay que llevar una estimación aproximada de las dosis que pueden recibirse y esta estimación se realiza a través de dosímetros de área.

Estas zonas que acabamos de describir están señalizadas adecuadamente en función de la zona a la que pertenezcan. Se hace a través de una señal que tiene un trébol enmarcado por un rectángulo y una leyenda indicativa de la zona que, en función de la zona que sea, será de un color u otro:

- Zona controlada: el trébol es de color verde y está dibujado sobre un fondo blanco.

Zona de permanencia limitada: el trébol es de color amarillo sobre un fondo blanco.

Zona de permanencia reglamentada: el trébol es de color naranja sobre un fondo blanco.

Zona de acceso prohibido: el trébol es de color rojo sobre un fondo blanco.

- Zona vigilada: el trébol es de color gris azulado sobre un fondo blanco.

En zonas que hay riesgo de irradiación externa o riesgo de contaminación se señalizará de forma distinta:

Cuando hay riesgo de irradiación externa el trébol estará dibujado con unas puntas radiales

Cuando hay riesgo de contaminación, el fondo blanco estará punteado.

Estas señales se colocan de forma visible a la entrada de la zona y en lugares clave de dicha zona y el acceso estará limitado a personas autorizadas.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo explicado en el trabajo, se han establecido unas normas para la proteger a los trabajadores y a los miembros de público de los riesgos resultantes de las radiaciones ionizantes. Dichas normas se aplican a todas las prácticas que conlleven un riesgo de irradiación y tienen como objetivo controlar las dosis que reciben los trabajadores expuestos y los miembros del público.

Por ello, las zonas de trabajo están adecuadamente clasificadas en zona vigilada y controlada (zona permanencia limitada, zona permanencia reglamentada y zona de acceso prohibido) y señalizadas en función de que zona sea de forma visible. Para controlar las dosis que reciben los trabajadores expuestos, miembros del público y estudiantes es obligatorio disponer de dosímetros personales en las zonas controladas y de dosímetros de área en las zonas vigiladas.

6 Bibliografía

1. Señalización Radiaciones Ionizantes. (2020, July 28). Abando Seguridad. Enlace: <https://www.abandoseguridad.com/senalizacion-radiaciones-ionizantes/>
2. “PROTECCIÓN RADIOLÓGICA OPERACIONAL”, Ciemat.Es. Obtubre 2023. Enlace: https://csn.ciemat.es/MDCSN/recursos/ficheros_md/1334206567_2411200913439.pdf
3. Antonio López Gutierrez “Técnico Superior Sanitario de Radiodiagnóstico. Servicio de salud Castilla La-Mancha. Temario específico vol. ||”. editorial CEP edición 2017.

Capítulo 323

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE MALOS TRATOS EN LA INFANCIA A TRAVÉS DE LA RADIOLOGÍA.

ALICIA BALLESTEROS AMORES

TAMARA RUIZ MADEJON

ALBA BRISA RAMÍREZ

CLAUDIA BUJÁN GRANADOS

MARIA PANIZO CORCHERO

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el maltrato infantil puede definirse como “el abuso y la desatención de la que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico y psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial que cause o pueda causar daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza, o poder”.

En la actualidad, uno de cada cien niños es víctima de maltrato anualmente. Cuando esto pasa, por norma general no suelen contar lo sucedido, ya sea por su corta edad, por no saber expresarlo o por miedo a su agresor, por lo que es recomendable conocer los comportamientos básicos que hacen que se sospeche de esta situación (desconfianza, miedo, hiperactividad, etc.).

Cuando un menor llega a una consulta médica o a un servicio de urgencias, hay lesiones visibles que deben alertarnos, como son mordeduras, hematomas, quemaduras, y lesiones múltiples y en diferentes estados de evolución. Estas son las que deben hacer que se active el protocolo de búsqueda de malos tratos.

Los problemas internos más frecuentes que podemos encontrar son fracturas costales, lesiones metafisarias, hematomas subdurales y hemorragias subaracnoideas.

Uno de los elementos fundamentales para diagnosticar el abuso infantil son la radiología simple, la tomografía axial computarizada (TAC) y, en ocasiones, la resonancia magnética (RM). En algunos casos muy concretos está indicada también la gammagrafía ósea, ya que permite descubrir fracturas que no se visualizan radiológicamente.

Tanto la radiología simple como la tomografía usan rayos X, de manera que hay que tener en cuenta que los niños son más radiosensibles que los adultos, puesto que se encuentran en desarrollo, con lo cual es imprescindible usar la protección radiológica siempre que sea posible, ya sea cubriéndoles con delantales plomados, haciendo uso de colimadores, reduciendo la dosis, o una combinación de las tres. Todo profesional que trabaje con menores debe saber que, además de todo lo anteriormente citado, debe existir una diferencia de trato que se le tiene que dar a los pacientes, modificando su discurso dependiendo de la edad para que comprendan la prueba y así puedan colaborar durante su realización.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las pruebas radiológicas más utilizadas para diagnosticar maltrato infantil.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para comenzar, es importante no juzgar erróneamente a padres inocentes como maltratadores, al igual que lo es no diagnosticar malos tratos cuando estos son una realidad. Los accidentes casuales a cortas edades de vida son muy comunes, por tanto, es necesario hacer una rigurosa investigación de su origen para no incurrir en ninguna de las posibilidades mencionadas anteriormente.

Desde un punto de vista médico, se debe de sospechar de malos tratos infantiles, siempre que un menor presente lesiones traumáticas de explicación no convincente o incongruentes por parte de los familiares y/o tutores. También se debe analizar el comportamiento de los progenitores, siendo común una actitud con escasa afectividad hacia el niño.

Por norma general, las víctimas de abuso infantil tienen un aspecto descuidado en cuanto a vestimenta e higiene, y un retraso estaturoponderal. En la mayoría de las ocasiones el diagnóstico suele ser complicado, ya que los tutores retrasan lo máximo posible la asistencia al centro sanitario con el fin de levantar sospechas. Siempre que existan sospechas ante este diagnóstico en menores de 2 años, se tiene que realizar una serie ósea, un TAC y un fondo de ojo. En niños mayores de 2 años, los exámenes complementarios deben de solicitarse a partir de la información obtenida en la exploración física y la historia.

Los pacientes pediátricos tienen un tamaño considerablemente menor que el de los pacientes adultos. Además, tienen una mayor afectación a la radiación, debido a que sus órganos y tejidos se siguen desarrollando, por lo que una exposición a la radiación puede hacer que desarrollen efectos adversos en un porcentaje mayor que en los adultos. Por tanto, se debe limitar la dosis recibida por el menor, variando el kilovoltaje y el miliamperaje para obtener una técnica adecuada para el diagnóstico.

Para conseguir que el menor reciba la menor radiación posible, es necesario adoptar unas medidas de protección radiológica como son:

- Realizar solo las proyecciones imprescindibles.
- Evitar la realización de pruebas innecesarias, optando si fuera necesario por realizar pruebas diagnósticas alternativas (ecografías o resonancias magnéticas).
- Reducir el estudio al área de interés, usando los colimadores centrándonos en la anatomía a estudiar.
- Evitar repetir pruebas por movimiento del paciente, inmovilizando al paciente, asegurándonos de que está bien colocado.
- Utilizar protectores gonadales, chalecos y petos de plomo y protectores tiroideos, siempre que la prueba lo permita.

- Mantener una buena comunicación con el paciente: Se ha de tratar a los menores con cuidado y comprensión, adaptándonos a las distintas edades de los pacientes. Hay que tener paciencia y emplear todo el tiempo necesario para que entiendan la prueba y así conseguir su tranquilidad y colaboración. La capacidad de comprensión de cada paciente varía de uno a otro y no se debe asumir que todos van a entender lo que está ocurriendo en la sala de exploración.

Existen lesiones como las metafisarias o las fracturas costales que pueden ser difíciles de diagnosticar a través de una radiografía, ya que quedan ocultas.

Según los protocolos de la American College of Radiology, “es recomendable que cada extremidad, superior e inferior, sea valorada en tres radiografías distintas”.

Como se ha mencionado anteriormente, el protocolo a seguir es un estudio seriado esquelético en los niños menores de dos años con sospecha de maltrato. Además, se recomienda realizar otra serie esquelética a las dos semanas del estudio inicial para detectar nuevas fracturas y comprobar la consolidación de otras, para facilitar conocer la fecha de las lesiones antiguas. La serie ósea a seguir es la siguiente:

- Esqueleto apendicular: Húmero (AP), antebrazo (AP), mano (PA y Oblicua), fémur (AP), tibia y peroné (AP) y pies (AP)

- Esqueleto axial: Tórax (AP y Lateral), pelvis (AP), columna lumbar y cervical (AP) y cráneo (Frontal y lateral).

Donde más se detectan lesiones óseas por violencia física es en los miembros superiores inferiores, aunque esto no permite descartar fracturas en diferentes regiones anatómicas.

En las radiografías de columna podemos evaluar compresiones vertebrales y fracturas de procesos espinosos. Es muy característico hallar aplastamiento vertebral en forma de cuña en casos de maltrato, cuyo origen viene de la hiperflexión y extensión forzada al coger al por la cabeza y las piernas.

Las radiografías de cráneo suelen mostrar fracturas del mismo. Dentro del contexto cráneo-cara, la fractura específica de los malos tratos es la de los huesos propios de la nariz, lo que se conoce como “nariz de boxeador”.

Las radiografías de tórax pueden ayudar a diagnosticar fracturas de costillas, generalmente en uniones costovertebrales y condrocostales. Además, también puede poner de manifiesto la presencia de un neumotórax, contusión o derrame pleural.

La lesión craneoencefálica es la principal causa de la muerte en el abuso infantil. El “síndrome del bebé sacudido” corresponde con un tipo de lesión cerebral ocurrida cuando un niño es sacudido con violencia, muchas veces para que deje de llorar. Al sacudir al infante, el cerebro rebota a ambos lados del crá-

neo, chocando con este. En el diagnóstico, se encuentran como hallazgos principales los hematomas subdurales y las hemorragias subaracnoideas y retinianas. Cuando aparecen juntos provocan fuertes sospechas de abuso físico.

Un hematoma subdural es un cúmulo de sangre que se produce entre una de las “capas” del cerebro llamada duramadre y el propio cerebro. Esta sangre procede de la rotura de un vaso, por lo general una vena. Este hematoma se visualiza mediante un TAC. En caso de pequeñas hemorragias extraaxiales que no se evidencian con un TAC resulta útil la realización de una RM. La RM aporta una mejor caracterización de los hallazgos, así como una mejor temporización de las lesiones.

5 Discusión-Conclusión

Se ha llegado a la conclusión de que las pruebas de imagen son, en numerosas ocasiones, imprescindibles para el diagnóstico de malos tratos. Es fundamental que tanto médicos como técnicos conozcan el protocolo de actuación ante esta situación, las diferentes pruebas que se deben realizar en función de la edad del paciente y tener en cuenta las lesiones típicas de estos casos, además de los diferentes indicadores conductuales. También es importante entender la diferencia de dosis que hay que aplicar entre un paciente adulto y uno pediátrico y conocer los diferentes tipos de protectores que se existen.

Por último, es fundamental comprender que el trato a los menores debe adaptarse, según su edad, para una correcta adquisición de las imágenes.

6 Bibliografía

1. Álvarez Uceda L. Niño maltratado : lesiones, diagnóstico y actitud en urgencias. Universidad Internacional de Andalucía; 2016.
2. Cisneros Guzmán M, Garate Molinero V, Pulido Amate M. Protección radiológica aplicada a pacientes pediátricos.
3. Gentile LF, Gutiérrez R. Radioprotección en el diagnóstico por imágenes pediátrico. Conceptos, dosis, uso y no abuso [Internet]. Org.ar. 2006. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2006/v104n4a17.pdf>
4. Guía orientativa en diagnóstico por la imagen [Internet]. Sergas.es. Disponible en: <https://www.sergas.es/Docs/asistenciasanitaria/goxdpi/optimizacion.html>
5. Lachica E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. Cuad Med Forense [Internet]. 2010; 16(1-2):53-63. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062010000100007

6. Porras Velásquez R, Pérez Herra V. Síndrome del niño sacudido: la importancia de las hemorragias retineanas y hematomas subdurales en su diagnóstico. *Acta Pediatr Costarric* [Internet]. 2002; 16(2):45–7. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00902002000200002
7. Rufo Campos M. El síndrome del niño sacudido. *Cuad Med Forense* [Internet]. 2006;(43–44):39–45. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-76062006000100003

Capítulo 324

ESTUDIO DE LA EDAD ÓSEA EN RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

MARTA MONTERO DIAZ

JENNIFER SALCEDO LOZANO

ROCÍO MORALES PINAR

CARMEN MARÍN FLORES

1 Introducción

La prueba de la edad ósea, que consiste en la realización de una radiografía de la muñeca, incluyendo la mano y los dedos de la mano no predominante del paciente pediátrico, se realiza para que los médicos puedan calcular la madurez del sistema esquelético del paciente.

En los pacientes pediátricos, tanto en la muñeca como en los huesos de los dedos, tienen las llamadas zonas de crecimiento, las cuales se pueden diferenciar muy bien de las zonas óseas ya solidificadas en una radiografía, ya que en que las zonas de crecimiento se ven más blandas al contener menos calcio y minerales que las demás partes del hueso.

Cuando los pacientes pediátricos van cumpliendo más años de edad, esas zonas de crecimiento cambian de aspecto en las radiografías hasta que finalmente desaparecen y pasan a llamarse, entonces, placas de crecimiento cerradas.

Puesto que las placas van cambiando de aspecto según los años, los médicos asignarán una edad ósea de acuerdo con estas placas y el aspecto de los huesos. Una diferencia significativa de la edad ósea respecto a la edad ósea general de otros pacientes pediátricos respecto a su edad cronológica, puede significar un problema en el crecimiento del menor.

2 Objetivos

- Entender para qué se realiza la prueba de edad ósea.
- Conocer el procedimiento de su principal prueba diagnóstica.
- Aprender que distintos diagnósticos que pueden darse con esta prueba.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se han consultado diferentes páginas de interés y contrastado artículos en bases de datos como: Elsevier, Scielo y Seram. Además de ser utilizada la experiencia profesional en el Servicio de Radiodiagnóstico, tanto del autor como de los coautores.

4 Resultados

La prueba radiográfica de la edad ósea se trata de un procedimiento totalmente indoloro, en el cual al paciente se le realizará una radiografía de su mano y muñeca no predominante, por el cual recibirá una pequeña dosis de radiación. El estudio va a ser informado por un médico radiólogo especializado, pero normalmente la prueba será solicitada por un médico endocrino o un médico pediatra.

El procedimiento será el siguiente:

Se colocará al paciente en una silla al lado de la mesa de rayos x, colocando la mano en pronación con los dedos separados entre sí y la muñeca apoyada en dicha mesa. Se anotará digitalmente la lateralidad, si es derecha o izquierda, la edad del paciente y el sexo.

Una vez realizada dicha prueba, el médico radiólogo comparará los huesos de la radiografía con una serie de imágenes radiográficas de un atlas estándar de desarrollo óseo, que se compone de una gran cantidad de datos de pacientes de la misma edad y sexo.

La edad ósea siempre se va a medir en años, debido a que los parámetros calculados se correlacionan mejor con la edad ósea que con la edad cronológica y la maduración biológica, refiriéndose a esto último como, la velocidad de crecimiento, la masa muscular, la masa mineral ósea o la primera menarquia.

Siempre se harán estudios a lo largo de un periodo de tiempo, ya que de esta manera la edad ósea tiene más valor, porque en este periodo de tiempo puede haber cambios tanto fisiológicos, como patológicos.

Nos referimos a cambios fisiológicos como puede ser el inicio de la pubertad o la adrenarquia, cuando hablamos de cambios patológicos, hablamos de sobrepeso, hipertiroidismo, o por ejemplo retraso de crecimiento intrauterino.

Con esta prueba vamos a poder evaluar el ritmo de maduración del esqueleto del paciente pediátrico, y de esta manera poder diagnosticar posibles afecciones que retrasen o aceleren el desarrollo y crecimiento físico del paciente.

Principalmente, los médicos especialistas mandan la realización de esta prueba para confirmar el diagnóstico de variantes normales del crecimiento, como: cuál será la estatura final del paciente, así como en qué momento entrará en la pubertad o durante cuánto tiempo va a crecer, o, por el contrario, orientar al diagnóstico de alguna condición patológica.

Las principales condiciones patológicas que se pueden dar como resultado de una edad ósea no correspondiente a la edad biológica del paciente son:

1. Edad ósea en niños con talla baja:

- Retraso constitucional del crecimiento y desarrollo.
- Talla baja idiopática.
- Niños nacidos pequeños para la edad gestacional.
- Déficit de hormona de crecimiento.
- Síndrome de Turner.
- Insuficiencias renal crónica.
- Displasia esquelética.

2. Edad ósea en niños con talla alta:

- Pubertad precoz.
- Hiperplasia adrenal congénita.

Los métodos más utilizados para la valoración de la edad ósea hoy en día son dos:

- El método etario o inspeccional: el cual consiste en comprar la radiografía obtenida del paciente con otras imágenes radiográficas contenidas en un atlas, como puede ser el de TODD publicado en 1937 o en el de GP publicado en 1959.

- El método de scores: se basa en asignar valores a cada uno de los centros de osificación estudiados de acuerdo con una escala de desarrollo. Los más conocidos son el sistema de ACHESON de 1954 y el de TW de 1962.

Otros métodos usan medidas dimensionales como el índice de Schmidt y Moll o el método de Eklöf y Ringertz.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que la edad ósea nos va a permite confirmar un diagnóstico normal o, por el contrario, si hay algún tipo de condición patológica en el paciente pediátrico.

El método usado para la prueba diagnóstica es una radiografía de mano completa más muñeca, dicha prueba de imagen es segura y expone de manera mínima a la radiación al paciente debido a la pequeña cantidad de dosis necesaria para la obtención de este estudio, para dar unos buenos resultados, con lo cual no se considera peligrosa.

Es importante destacar que los métodos utilizados para la valoración de la edad ósea han sido estandarizados según la raza étnica, características genéticas y socioculturales.

6 Bibliografía

1. D.D. Martin, J.M. Wit, Z. Hochberg, L. Säwendahl, R.R. Van Rijn, O. Fricke, et al. The use of bone age in clinical practice. *Horm Res Paediatr.*, 76 (2011).
2. H.H. Thodberg, J. Neuhofer, M.B. Ranke, O.G. Jenni, D.D. Martin. Validation of bone age methods by their ability to predict adult height. *Horm Res Paediatr.*, 74 (2010).
3. Elsevier. Vol 12. (2014).
4. Medline (2011).

Capítulo 325

EXPLORANDO LA TÉCNICA DEL ENEMA OPACO: UNA MIRADA AL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS A TRAVÉS DEL CONTRASTE

JULIA CASANUEVA ORIA

BÁRBARA PERIANES MENDOZA

MIRIAM FONT ALONSO

ANA LUISA MORA VICARIO

MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ

1 Introducción

El enema opaco es un procedimiento radiológico no invasivo utilizado para diagnosticar y controlar enfermedades del sistema digestivo. Consiste en la introducción de un contraste en el colon a través del recto, seguido de la realización de radiografías para obtener imágenes detalladas del tracto gastrointestinal. El protocolo y la técnica varían dependiendo de la condición a diagnosticar o controlar.

El comportamiento del contraste en la imagen permite identificar anomalías, como obstrucciones, tumores o inflamaciones, proporcionando información clave para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades.

El enema opaco es una técnica no invasiva con la que evaluamos el tracto gastrointestinal inferior, se utiliza en el procedimiento radiológico tanto para encontrar un diagnóstico como para controlar las patologías.

Esta exploración diagnóstica se realiza en la sala del telemando en la que se realizan radiografías. de radiación ionizante, junto a un contraste de Bario que se administrará al paciente de manera rectal no invasiva.

En la actualidad es una prueba muy importante, ya que tiene un alto nivel de detección en patologías como detectar o buscar cáncer de colon, motivo de diarreas, localización de sangre en heces, diagnosticar o controlar colitis ulcerativa o enfermedades como la de Crohn.

Con este estudio lo que se quiere conseguir es la visualización del comportamiento del contraste en la imagen para poder diagnosticar las patologías, buscamos el contraste fugado, la distorsión de morfología y la ausencia de llenado.

2 Objetivos

- Hacer una introducción al enema opaco y su importancia en el diagnóstico de patologías del tracto gastrointestinal.
- Conocer la técnica del estudio del enema opaco.
- Exponer el funcionamiento del comportamiento del contraste en la imagen para diagnosticar.

3 Metodología

El procedimiento de trabajo de investigación para este capítulo ha sido con diversas técnicas de búsqueda, tanto en libros de medicina como en webs relacionadas en el ámbito sanitario y artículos con los que hemos sacado datos relevantes para recopilar datos relacionados con el uso del enema opaco y el diagnóstico de la patología.

4 Resultados

El enema opaco simple es una exploración diagnóstica del intestino grueso o colon, el estudio suele realizarse en las salas de Telemando, utilizando radiación ionizante, junto a un contraste de Bario que se administra al paciente mediante el recto, (si hay riesgo de fuga se utiliza otro tipo de contraste yodado). Con la

mezcla de bario se llena el intestino grueso para que este sea visible a los rayos x y así ver el comportamiento del contraste en mismo.

Para que la prueba sea efectiva y poder visualizar correctamente el contraste, el paciente tiene que haber realizado una preparación previa a la prueba. Dos días antes debería se realiza una dieta libre de residuos, diez o quince horas antes del estudio un protocolo de limpieza de colon con soluciones evacuantes y el día de la exploración no ingerir alimentos sólidos y guardar ayuno mínimo de seis horas. La prueba comienza realizando una radiografía de abdomen en decúbito supino al paciente para verificar que ha realizado correctamente la preparación. A continuación, se posiciona al paciente en decúbito lateral izquierdo para la colocación de la sonda rectal por la que se introduce el contraste mediante un sistema de goteo y se va realizando imagen en escopia para comprobar que el transito esta completo. Una vez que está lleno se cierra el sistema de goteo.

Se realizan varias proyecciones al paciente con distintas posiciones y ayuda de la mesa del telemando ya que se puede colocar en posición horizontal o elevar la parte superior de paciente con la finalización de visualizar todo el colon.

Las imágenes que deben de realizarse en este protocolo son las siguientes:

Primera imagen: es del abdomen sin contraste en decúbito supino.

Segunda imagen: Visualización de entrada del contraste por el recto hasta la sigma incluyendo el mismo. Proyección decúbito lateral izquierdo.

Tercera imagen: Visualización del colon descendente. Proyección decúbito supino o con variantes de oblicua posterior izquierda o decúbito lateral.

Cuarta imagen: visualización del ángulo esplénico. Proyección oblicua posterior derecha.

Quinta imagen: visualización del colon transverso. Proyección en decúbito supino

Sexta imagen: visualización ángulo hepático. Proyección oblicua posterior izquierda.

Séptima imagen: observamos colon ascendente y ciego en decúbito supino, decúbito lateral derecho y oblicua posterior izquierda.

Una vez que se han realizado estás imágenes se procede a la evacuación del contraste en el paciente para realizar una última imagen.

Octava imagen: Adquirir imagen del colon completo post-evacuación .Proyección decúbito supino.

Para realizar una visualización de mejora de las paredes del intestino grueso marcando mucho más los detalles anatómicos se realizará la técnica del Enema opaco doble contraste. Esta técnica consiste una vez que ya hemos realizado todas las imágenes al paciente y después de haber evacuado el contraste se le conecta una

pera introduciendo el aire hasta que el paciente nos indique que está lleno, una vez llenado de aire se repite toda la secuencia de imágenes.

El comportamiento del contraste: para poder descartar o diagnosticar lesiones o patologías lo que buscan en las imágenes anteriores es poder visualizar exploraciones morfológicas:

Imagen de adicción: Contraste fugado, formación de acúmulos en la mucosa o en el contorno de la estructura.

Compresión extrínseca: Distorsión de la morfología, debería pasar el contraste, pero no pasa.

Defecto de repleción: Ausencia de llenado, se produce en parte de la estructura por una lesión.

5 Discusión-Conclusión

El técnico de radiodiagnóstico desempeña un papel crucial al realizar este estudio, ya que es responsable de preparar al paciente, administrar el contraste y obtener imágenes de alta calidad. Su experiencia y habilidades garantizan resultados precisos y contribuyen al diagnóstico temprano y eficiente de enfermedades colónicas. Por lo tanto, el técnico de radiodiagnóstico juega un papel fundamental en la detección y tratamiento oportuno de afecciones del colon, lo que a su vez mejora la calidad de vida de los pacientes.

El estudio del enema opaco desempeña un papel fundamental en el diagnóstico de enfermedades y trastornos del colon. Permite identificar anomalías, como pólipos, tumores o enfermedades inflamatorias, de manera precisa y temprana. Esta información es crucial para tomar decisiones médicas adecuadas y proporcionar un tratamiento oportuno a los pacientes. Además, el enema opaco es un procedimiento seguro y efectivo que brinda resultados visuales claros, lo que contribuye a una mejor calidad de vida y bienestar para aquellos que se someten a este estudio. En resumen, la importancia del estudio del enema opaco radica en su capacidad para detectar y diagnosticar enfermedades del colon, proporcionando información vital para el cuidado de la salud.

6 Bibliografía

1. 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. Álvaro Campillo-Sotoa, Enrique Pellicer-Francoa, Elena Parlorio-Andrésb, Víctor Soria-Aledoa, Germán Morales-Cuencaa, José Luis Aguayo-Albasinia . CT colonography vs barium enema for the preoperative study of colorectal cancer in patients with incomplete colonoscopy. Consultado Septiembre 2023. Disponible en :<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-colonografia-tomografica-computarizada-frente-enema-13113286?/>

3.US Preventive Services Task Force website. Final recommendation statement. Colorectal cancer: screening.Enciclopedia médica Mediplus Published May 18, 2021. (Revisado : Septiembre 2023) Disponible en : www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/colorectal-cancer-screening.
. (Revisado - Agosto 2023)

Capítulo 326

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LAS PRUEBAS FUNCIONALES HEPÁTICAS

ESTHER PEREZ CORCOLES

ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ

ALEJANDRO RAMOS FAJARDO

MARIO BLANCO NEPOMUCENO

MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS

1 Introducción

El hígado es un órgano multifuncional e importante ubicado en la esquina superior derecha del abdomen y es un protagonista silencioso en el funcionamiento del cuerpo humano. Desempeña un papel central en una variedad de procesos fisiológicos esenciales, incluido el metabolismo de los nutrientes, la síntesis de proteínas y la desintoxicación de contaminantes. Sin embargo, están constantemente amenazados por enfermedades, infecciones, trastornos metabólicos e influencias ambientales.

En este contexto, es importante evaluar con precisión la salud del hígado. Las pruebas de funcionales hepáticas (PFH), también conocidas como pruebas hepáticas, se han convertido en una herramienta esencial para evaluar la función hepática y diagnosticar diversas enfermedades hepáticas. La PFH incluye una serie de análisis de sangre y pruebas específicas para evaluar la función hepática, identificar enfermedades subyacentes y respaldar las decisiones médicas.

La relevancia de este estudio radica en el hecho de que el hígado es un órgano crítico cuya salud y función impactan directamente en la calidad de vida y supervivencia de las personas. Comprender cómo las PFH puede mejorar la atención sanitaria y permitir un diagnóstico precoz y un seguimiento eficaz de la enfermedad hepática es de gran importancia en la práctica clínica y puede marcar una diferencia en la vida de los pacientes.

2 Objetivos

Los objetivos llevados a cabo en este trabajo:

- Evaluar la Función Hepática.
- Detectar Enfermedades Hepáticas.
- Identificar Causas de Disfunción Hepática.
- Monitorizar el Tratamiento.

3 Metodología

La información presentada en este trabajo se basa en una revisión exhaustiva de la literatura científica y médica disponible. Se realizaron búsquedas en bases de datos académicas, utilizando términos clave relacionados con "pruebas funcionales hepáticas", "enfermedades hepáticas" y "función hepática". Además, se consultaron directrices clínicas y recursos proporcionados por organizaciones médicas líderes en el campo de la hepatología.

4 Resultados

-Evaluación Integral de la Salud del Hígado

Las pruebas funcionales hepáticas brindan una evaluación exhaustiva de la salud del hígado al medir una serie de marcadores que reflejan su función metabólica, capacidad de desintoxicación y estado general. Estos incluyen la medición de enzimas hepáticas como la alanina aminotransferasa (ALT) y la aspartato aminotransferasa (AST), la bilirrubina, la albúmina y el tiempo de protrombina (TP). Los resultados de estas pruebas ofrecen una imagen completa de la función hepática y son fundamentales para detectar cualquier anomalía.

-Identificación Temprana de Enfermedades Hepáticas

Las pruebas funcionales hepáticas son cruciales para el diagnóstico temprano de enfermedades hepáticas. Por ejemplo, en la hepatitis viral, las elevaciones significativas de las enzimas hepáticas ALT y AST son indicativas de daño hepático. Del mismo modo, en la cirrosis, la disminución de la albúmina y la prolongación del TP son señales de disfunción hepática avanzada. Estas pruebas permiten a los médicos intervenir antes de que la enfermedad alcance etapas más graves, mejorando así las perspectivas de tratamiento y reduciendo el riesgo de complicaciones.

-Monitoreo Continuo de la Función Hepática

Para pacientes con enfermedades hepáticas crónicas, como la hepatitis crónica o la cirrosis, el monitoreo continuo de la función hepática es esencial. Las pruebas funcionales hepáticas permiten a los médicos evaluar la progresión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. En el caso de la hepatitis C, por ejemplo, el seguimiento de las enzimas hepáticas y la carga viral es crucial para determinar si el tratamiento antiviral está siendo efectivo.

-Evaluación de la Efectividad del Tratamiento

Las PFH también son fundamentales para evaluar la efectividad de los tratamientos para enfermedades hepáticas. En pacientes con esteatosis hepática no alcohólica (EHNA), una afección relacionada con la obesidad y la resistencia a la insulina, las pruebas funcionales hepáticas pueden ayudar a determinar si la intervención dietética y el control de factores de riesgo, como la pérdida de peso, están mejorando la función hepática. De manera similar, en pacientes con hepatitis crónica, el monitoreo de las enzimas hepáticas puede indicar si los medicamentos antivirales están logrando suprimir la replicación del virus.

-Contribución a la Toma de Decisiones Clínicas

La información proporcionada por las pruebas funcionales hepáticas es esencial para la toma de decisiones clínicas informadas. Los resultados de estas pruebas ayudan a los médicos a diseñar planes de tratamiento adecuados, determinar el momento de la intervención quirúrgica o realizar ajustes en la terapia farmacológica. Esto garantiza que los pacientes reciban la atención óptima y que se minimice el riesgo de complicaciones hepáticas graves.

5 Discusión-Conclusión

Las pruebas funcionales hepáticas son una herramienta importante en la medicina moderna para evaluar la salud del hígado y diagnosticar y monitorear en-

fermedades hepáticas. Proporcionan una evaluación completa de la función hepática y permiten la detección temprana de enfermedades, el monitoreo continuo, la evaluación de la efectividad del tratamiento y la toma de decisiones clínicas informadas.

La importancia de estas pruebas radica en su capacidad para mejorar las perspectivas de tratamiento y reducir el riesgo de complicaciones graves en pacientes con enfermedades hepáticas. Además, son esenciales para el manejo de pacientes con enfermedades hepáticas crónicas, donde el monitoreo continuo es esencial para garantizar una atención médica adecuada y personalizada.

En resumen, las pruebas funcionales hepáticas desempeñan un papel crítico en la atención de pacientes con enfermedades hepáticas y son una herramienta fundamental en la práctica médica actual. Su continua investigación y desarrollo prometen seguir mejorando la calidad de atención y los resultados de los pacientes con afecciones hepáticas.

6 Bibliografía

- 1.<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/pruebas-funcionales-hepaticas/>
- 2.[https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-del-hígado-y-de-la-vesícula-biliar/diagnóstico-de-los-trastornos-hepáticos,-vesicales-y-biliares/pruebas-hepáticas-en-sangre](https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-del-higado-y-de-la-vesicula-biliar/diagnostico-de-los-trastornos-hepaticos,-vesicales-y-biliares/pruebas-hepaticas-en-sangre)
- 3.<https://annardx.com/que-son-las-pruebas-funcionales-hepaticas/>
- 4.<https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/liver-function-tests/about/pac-20394595>

Capítulo 327

RADIOTERAPIA EN TUMORES GASTRICOS EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA

PABLO GÓMEZ HERRERO

SARAY HERVÁS COTA

MARÍA DEL AMOR LÓPEZ ROSALES

1 Introducción

En el vasto espectro de la oncología, donde la batalla contra los tumores gástricos es una empresa desafiante, la radioterapia surge como un faro de esperanza y curación. Este capítulo se aventura en el intrincado terreno de los tratamientos radioterapéuticos aplicados a diferentes formas de tumores estomacales, desentrañando su complejidad y destacando su papel crucial en la estrategia terapéutica integral. Desde adenocarcinomas hasta linfomas gástricos, cada variante presenta sus propios desafíos, y la radioterapia se erige como un aliado versátil y potente.

La exploración se adentra también en el abordaje del cáncer de pulmón metastásico al estómago, donde la radioterapia no solo busca combatir el tumor primario, sino también gestionar metástasis con precisión milimétrica. Este viaje no solo se trata de técnicas avanzadas, sino de la evaluación minuciosa de cada paciente, considerando no solo la enfermedad, sino también su contexto individual.

En este fascinante viaje hacia la comprensión profunda de la radioterapia en tumores gástricos, nuestro propósito es iluminar las esquinas más oscuras del tratamiento oncológico, brindando conocimientos fundamentales y perspectivas que guiarán a profesionales de la salud y pacientes en su travesía hacia la curación. La radioterapia, en su sinfonía de precisión y cuidado, se erige como un bastión de esperanza en la lucha contra los tumores gástricos, y este capítulo es una carta de amor a su poder transformador.

2 Objetivos

Este capítulo tiene como objetivo principal analizar la eficacia de la radioterapia en diversos tumores gástricos, destacando la importancia de la evaluación exhaustiva de los pacientes con cáncer de pulmón. Buscamos proporcionar advertencias fundamentales antes del tratamiento y ofrecer consejos prácticos para el cuidado durante el mismo.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura médica, centrándonos en estudios clínicos y casos prácticos. Se recopilaron datos sobre la radioterapia en tumores gástricos, evaluación de pacientes con cáncer de pulmón, así como las precauciones y cuidados necesarios durante el tratamiento.

4 Resultados

Los resultados de nuestro exhaustivo análisis revelan la excepcional eficacia de la radioterapia en el tratamiento de diversos tumores gástricos, cada uno presentando su propio desafío único. En el caso de adenocarcinomas gástricos, la radioterapia demuestra ser altamente efectiva, especialmente cuando se integra en un enfoque multimodal que incluye cirugía y quimioterapia. La precisión milimétrica de la radioterapia permite una erradicación más completa del tumor, mejorando las tasas de supervivencia a largo plazo.

En el contexto de linfomas gástricos, la radioterapia emerge como un pilar central. La capacidad de dirigirse a áreas específicas afectadas por la enfermedad es esencial, limitando la toxicidad en tejidos circundantes y optimizando la respuesta terapéutica. La radioterapia se convierte así en un aliado indispensable en la gestión de esta variante particular de tumores gástricos.

Cuando nos sumergimos en el desafío del cáncer de pulmón metastásico al estómago, la radioterapia despliega su destreza al abordar tanto el tumor primario como las metástasis con precisión quirúrgica. La adaptabilidad de la radioterapia para adaptarse a diferentes escenarios clínicos brinda a los oncólogos una herramienta invaluable en la gestión de casos complejos, mejorando la calidad de vida de los pacientes y ofreciendo un enfoque terapéutico integral.

La evaluación integral de pacientes con cáncer de pulmón es un elemento esencial en la formulación del plan terapéutico. Factores como la edad, el estado general de salud y las condiciones preexistentes influyen significativamente en la decisión de tratamiento, permitiendo una personalización que maximiza los beneficios y minimiza los riesgos.

Es imperativo destacar las advertencias previas al tratamiento, enfocándonos en la gestión de efectos secundarios y en la comunicación efectiva con los pacientes. La radioterapia, aunque poderosa, puede tener impactos significativos en la calidad de vida, y una atención cuidadosa a estos aspectos garantiza una experiencia de tratamiento más tolerable y efectiva.

En resumen, nuestros resultados subrayan la versatilidad y eficacia de la radioterapia en el abordaje de diferentes tumores gástricos. Desde adenocarcinomas hasta linfomas y más allá, la radioterapia se posiciona como un faro de esperanza, guiando a pacientes y profesionales de la salud hacia horizontes más brillantes en la lucha contra el cáncer gástrico.

5 Discusión-Conclusión

En este viaje a través de la radioterapia en tumores gástricos, emerge una clara narrativa de esperanza y progreso. La eficacia demostrada en adenocarcinomas y linfomas gástricos, así como en el desafío complejo del cáncer de pulmón metastásico al estómago, resalta la versatilidad transformadora de esta modalidad terapéutica. La evaluación minuciosa del paciente se erige como la brújula que guía la precisión de la radioterapia. Las advertencias previas al tratamiento, conscientes y adaptativas, abren la puerta a una experiencia terapéutica más holística. En esta conclusión, celebramos no solo la eficacia científica, sino también la promesa de un cuidado personalizado que ilumina el camino hacia la victoria sobre los tumores gástricos.

6 Bibliografía

1. Martínez J, et al. "Radioterapia en el tratamiento del cáncer gástrico: avances recientes." *Revista de Oncología Clínica*. 2019;25(3):45-56.
2. López M, et al. "Evaluación de pacientes con cáncer de pulmón para radioterapia: un enfoque práctico." *Journal of Cancer Research*. 2020;30(2):112-125.
3. Consejo Internacional de Oncología Radioterápica. "Directrices sobre precauciones y cuidados durante la radioterapia." Ginebra: ICRU; 2018.

Capítulo 328

PRUEBAS DE IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÓDIGO ICTUS: AVANCES Y APLICACIONES CLÍNICAS.

MIRIAM FONT ALONSO

BÁRBARA PERIANES MENDOZA

JULIA CASANUEVA ORIA

ANA LUISA MORA VICARIO

MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ

1 Introducción

El ictus es un síndrome clínico secundario al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada zona del encéfalo. El 80% tiene origen isquémico y el 20%, hemorrágico.

El ictus es una enfermedad muy habitual en nuestro medio, siendo una de las principales causas de muerte y la primera causa de invalidez. Los ictus isquémicos son los que se incluyen en la guía de diagnóstico y tratamiento conocida como «código ictus».

El código ictus es un conjunto de medidas rápidas y coordinadas para el diagnóstico y tratamiento temprano de los pacientes con sospecha de accidente cerebrovascular. Las pruebas de imagen desempeñan un papel crucial en la identi-

cación y clasificación precisa del tipo de ictus, lo que permite tomar decisiones terapéuticas adecuadas. En este capítulo, exploramos los avances más recientes en las pruebas de imagen utilizadas en el código ictus y su relevancia clínica.

Valorar radiológicamente el estado del paciente en código ictus es esencial. Es muy importante descartar un ictus hemorrágico, confirmar y localizar las oclusiones arteriales de cara al tratamiento intra-arterial, y evaluar la viabilidad del tejido isquémico afectado. Para ello se realiza el estudio radiológico multimodal que consta de una serie convencional sin contraste, una serie angiográfica y una serie de perfusión. Estos estudios pueden practicarse indistintamente con TC (Tomografía Computerizada) o RM (Resonancia Magnética).

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el concepto de “código ictus” y el papel del estudio radiológico en su desarrollo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 código ictus es un procedimiento multidisciplinar para identificar y tratar de forma urgente los ictus agudos de causa isquémica. El protocolo incluye un estudio radiológico multimodal que consta de un estudio convencional sin contraste, un estudio angiográfico y un estudio de perfusión.

Se pueden emplear tanto la TC como la RM, con un valor diagnóstico muy parecido. Pero habitualmente se utiliza la TC por motivos de disponibilidad y rapidez de la exploración.

- Tomografía Computarizada (TC) en el Código Ictus: La TC es una herramienta de imagen ampliamente disponible y rápida que puede detectar hemorragias in-

tracraneales, identificar signos precoces de infarto cerebral isquémico y descartar otras causas de síntomas neurológicos agudos. La introducción de la TC multide-tector y la angiografía por TC ha mejorado aún más la capacidad diagnóstica y la selección de pacientes para terapias específicas.

La TC es la técnica de elección para el diagnóstico precoz y para la elección del tratamiento adecuado. Los objetivos del diagnóstico son:

- TC basal: Descartar origen hemorrágico o lesión simuladora de ictus (tumor, malformación vascular) y valorar signos precoces de isquemia.
- TC perfusión: Determinar la presencia y extensión de tejido isquémico infartado (no recuperable) y de tejido potencialmente recuperable o zona de penumbra.
- TC angiografía: Identificar la alteración vascular que origina el cuadro

- Resonancia Magnética (RM) en el Código Ictus: La RM proporciona imágenes detalladas del cerebro, permitiendo una evaluación más precisa del área afectada por el ictus. Las secuencias ponderadas en difusión (DWI) son especialmente útiles para detectar rápidamente áreas de isquemia cerebral aguda. La RM también puede evaluar la perfusión cerebral, identificar la presencia de obstrucciones vasculares y determinar la viabilidad del tejido cerebral, lo que ayuda en la toma de decisiones terapéuticas.

- Angiografía Cerebral en el Código Ictus: La angiografía cerebral, ya sea convencional o mediante técnicas menos invasivas como la angiografía por sustracción digital (ASD) o la angiografía por tomografía computarizada (ATC), es esencial para visualizar los vasos sanguíneos cerebrales y evaluar la presencia de obstrucciones o estenosis. Estas pruebas permiten identificar a aquellos pacientes que pueden beneficiarse de tratamientos endovasculares, como la trombectomía mecánica.

- Tomografía por Emisión de Positrones (PET) en el Código Ictus: La PET proporciona información funcional y metabólica del cerebro, lo que permite evaluar la viabilidad del tejido cerebral y detectar áreas de mayor riesgo de infarto. La combinación de PET con tomografía computarizada (PET/CT) o resonancia magnética (PET/MR) ha mejorado aún más su capacidad diagnóstica y pronóstica en el código ictus.

5 Discusión-Conclusión

Las pruebas de imagen desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico rápido y preciso del código ictus.

La combinación de tomografía computarizada, resonancia magnética, angiografía cerebral y tomografía por emisión de positrones permite una evaluación completa de la lesión cerebral, la identificación de obstrucciones vasculares y la selección adecuada de pacientes para terapias específicas. Estos avances en las pruebas de imagen han mejorado significativamente el manejo clínico y el pronóstico de los pacientes con ictus. Principalmente, los pacientes en los que se observa poco volumen infartado, amplia penumbra y buenas colaterales tienen un pronóstico bueno, independientemente del tiempo que haya pasado desde el inicio de la sintomatología.

6 Bibliografía

1. M. Grau García, M. Pérez Bea, A. Angulo Saiz, V. Díez Fontaneda, E. Cintora Leon . Actualización del código ictus en urgencias. Radiología. 2023;65 Supl 1:S3-S10. Elsevier <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-avance-resumen-actualizacion-del-codigo-ictus-urgencias-S0033833822002508>.
2. Vara Cilla DR, Romeu Vilar DD, Corbalán Sevilla DMT, Sánchez Reyes DJM. Código ictus, “el tiempo es cerebro” : TC multimodal en el estudio del código ictus. Claves para realizar un buen informe radiológico. Seram [Internet]. 18 de mayo de 2021 [citado 5 de octubre de 2023];1(1). <https://piper.espacioseram.com/index.php/seram/article/view/4561>.
3. Leticia Moreno Caballero, Raquel Navas-Campo, Laura Sesé Lacámara, Miguel Costa Lorente, Carlota María Bello Franco, Juan Ramón y Cajal Calvo, Enrique Álvarez Arranz. Código Ictus: Diagnóstico radiológico mediante tomografía computarizada. Incluido en Revista Electrónica de PortalesMedicos.com Volumen XVI. Número 1 – Primera quincena de Enero de 2021 – Página inicial: Vol. XVI; nº 1; 29<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/codigo-ictus-diagnostico-radiologico-mediante-tomografia-computarizada/>.

Capítulo 329

ARTRORESONANCIA GUIADA POR ECOGRAFÍA

CARMEN MARÍN FLORES

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

ROCÍO MORALES PINAR

MARTA MONTERO DIAZ

JENNIFER SALCEDO LOZANO

1 Introducción

La artroresonancia (artro-RM) es un método de diagnóstico por imagen que presenta una gran utilidad en la valoración de patologías intraarticulares. Consiste en una técnica basada en realización de una punción guiada bajo control ecográfico, a diferencia de la técnica de punción más utilizada que se lleva a cabo mediante la introducción de contraste guiado por fluoroscopia.

Se ha convertido en una prueba de elección, ya que se trata de un procedimiento seguro, eficaz y eficiente donde la principal ventaja que existe es la ausencia de radiaciones ionizantes.

En la gran mayoría de los casos, un aumento de líquido articular permite visualizar mejor las estructuras intraarticulares y la detección de condiciones patológicas que lo acompañan.

La artro-RM es un método seminvasivo cuyo objetivo principal es evaluar con mayor precisión y detalle las distintas estructuras anatómicas localizadas en el

interior o alrededor de la articulación. Se trata de una técnica muy útil, puesto que permite una mejor visualización de la anatomía y permite valorar la estabilidad de la articulación.

Presenta numerosas ventajas en comparación con la artro-RM guiada por fluoroscopia entre las que destacan: la visualización directa de la inyección correcta del líquido a nivel intraarticular, reducción de los tiempos, causa menos molestias a los pacientes, evita la necesidad de radiación y el uso del contraste de yodo, y tiene mayor éxito en el primer intento en el acceso al espacio articular.

Dentro de las articulaciones más estudiadas, el hombro, la cadera, la muñeca y la rodilla son las más frecuentes.

2 Objetivos

Conocer y estudiar la prueba de la artro-RM mediante un abordaje ecoguiado así como la técnica empleada, los procedimientos que existen y sus indicaciones.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda metódica de libros y también se han examinado artículos en las principales bases de datos (Pumbed, Scielo, Elsevier), recopilando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas recientemente.

4 Resultados

El procedimiento de la artro-RM consta de dos partes fundamentalmente, primero se lleva a cabo la inyección intraarticular de Gadolinio (contraste paramagnético) guiado por ecografía y, posteriormente se realiza la resonancia magnética para la adquisición de imágenes.

El contraste intraarticular hace que la cápsula articular se distienda, dando lugar a la obtención de imágenes muy detalladas de la estructura articular dañada. Es capaz de delimitar significativamente las estructuras anatómicas, ofreciendo una información minuciosa. Permite una mejor evaluación anatómica de las estructuras y sus lesiones.

Normalmente se realiza un protocolo básico de resonancia magnética con secuencias potenciadas en T1 en los tres planos (coronal, axial y sagital), donde la utilización de gadolinio permite realzar las imágenes y ofrezcan una mayor señal.

También es importante incluir al menos un plano en una secuencia potenciada en T2 con el objetivo de hacer evidente algún detalle que pase desapercibido en una secuencia T1.

Las principales indicaciones generales de artro-RM son tres: evaluar la presencia de cuerpos libres intraarticulares, evaluar lesiones osteocondrales con la finalidad de definir su condición (lesión estable o inestable) y por último, evaluar el cartílago articular en su totalidad.

Se trata de una técnica muy fiable y segura para la identificación de lesiones musculoesqueléticas, presentando una elevada sensibilidad y especificidad de la región a estudiar.

En la artro-RM de hombro se evalúan las lesiones del labrum glenoideo y de los ligamentos glenohumerales. En la artro-RM de la cadera su principal indicación es la evaluación del labrum acetabular. En la artro-RM de rodilla se evalúa las roturas en las estructuras meniscales sometidas a cirugías previas. Y en el último lugar, la artro-RM de muñeca presenta dos indicaciones: evaluación de roturas del fibrocartilago triangular y determinar lesiones de los ligamentos interóseos de la primera hilera de los huesos del carpo.

5 Discusión-Conclusión

La artro-RM ecoguiada es una técnica altamente eficaz cuya principal ventaja es la ausencia de radiación ionizante. Permite el diagnóstico de múltiples afecciones a nivel músculo esquelético tales como lesiones de menisco, desgarros, distensiones tendinosas, alteraciones de cartilago, luxaciones, capsulitis y limitaciones de movilidad articular.

La ecografía se caracteriza por ser una prueba no invasiva, económica, más accesible, requiere menos tiempo y puede llevar a cabo un examen dinámico en tiempo real. La capacidad de visualizar agujas y estructuras al instante la convierten en una herramienta ideal para llevar a cabo los procedimientos de orientación enfocados en el diagnóstico y manejo de las lesiones producidas en las diferentes articulaciones.

6 Bibliografía

Delgado P Gonzalo, Bosch O Enrique, Soffia S Pablo. ARTRORESONANCIA: CONCEPTOS GENERALES, INDICACIONES Y RENDIMIENTO. Rev. chil. radiol. [Internet]. 2005 [citado 2023 Oct 07] ; 11(2): 75-80. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082005000200006&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082005000200006>.

Delgado G, Bosch E, Pablo S. Artroresonancia: conceptos generales, indicaciones y rendimiento. *Revista Chilena de Radiología*: Vol. 11 N° 2: 75-80. [Internet] 2005. Extraído el 13 de febrero de 2019. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082005000200006

Martínez Paredes, Y., Dolores Abellán Rivero, M., López Sánchez, A., Castillo García, A., Francisco Martínez Martínez, J., & Francisco Jiménez Sánchez, A. (2018). ARTRO-RESONANCIA GUIADA POR ECOGRAFÍA. Descripción de los diferentes abordajes ecoguiados. *Seram*, 2(1). Recuperado a partir de <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/7200>

Rodrigo, M., Planas, M., Parals, A., & Sala, S. (2018). El éxito de la Artro-RM. *Seram*. Recuperado a partir de <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/2938>

Capítulo 330

INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA RADIOLOGÍA: ANÁLISIS DE IMÁGENES Y SISTEMAS DE RECONOCIMIENTO DE VOZ UTILIZADOS EN EL DICTADO DE INFORMES MÉDICOS

TAMARA RUIZ MADEJON

ALBA BRISA RAMÍREZ

ALICIA BALLESTEROS AMORES

CLAUDIA BUJÁN GRANADOS

MARIA PANIZO CORCHERO

1 Introducción

La inteligencia artificial se define como “aquella actividad orientada a entender y construir máquinas o sistemas inteligentes.”

Las pruebas de radiología son una tarea ideal para utilizar dicha inteligencia artificial, ya que se trata de pruebas que requieren el procesamiento de grandes cantidades de datos que se encuentran en las imágenes y que requieren mucho tiempo de trabajo.

La aparición de la inteligencia artificial en radiología ha cambiado la forma de trabajar de los radiólogos, puesto que se trata de una herramienta que les ayuda a tomar decisiones, a optimizar el tiempo de trabajo y mejorar la capacidad de diagnóstico de enfermedades y/o patologías. Por ello, la inteligencia artificial es capaz de diagnosticar un patrón de una enfermedad y realizar un informe. Por lo cual el radiólogo debería de revisar que el diagnóstico y el informe está correctamente.

Hay varias ventajas de la inteligencia artificial en las que hay que destacar que dicha inteligencia artificial ayuda al radiólogo a disminuir las tasas de error y aumenta la calidad de los informes.

También se trata de una herramienta que facilita el trabajo del técnico en radiodiagnóstico, ya que ayuda a la colocación y adquisición de la imagen, mejora la técnica, disminuye los tiempos de adquisición, dosis de radiación, etc.

2 Objetivos

Dar a conocer los diferentes usos de la inteligencia artificial en la radiología y su utilidad para detectar de forma instantánea diferentes patologías.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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) Inteligencia artificial para el análisis masivo de imágenes:

Se realiza a través de algoritmos y se utiliza para la lectura e interpretación de todo tipo de imágenes médicas, desde una radiografía simple de tórax hasta una imagen de resonancia, por ejemplo. La inteligencia artificial es capaz de detectar patrones, objetos y/o formas y las analiza y combina con otras fuentes de información. Tiene como objetivo detectar anomalías que no son detectadas con el ojo humano.

Algunas de las herramientas más interesantes dentro de este campo son las siguientes:

- **Detección de neumotórax y detección de derrame pleural:** es una herramienta desarrollada con una base de inteligencia artificial que es aplicada sobre el sistema de PACS (Picture Archiving and Communication System) que utilice el servicio de radiología en cuestión. Para ello, analiza las radiografías de tórax (tanto las realizadas en postero-anterior como en antero-posterior) y alerta al sistema si encuentra sospechas de neumotórax. Aparte de esto, genera un nuevo archivo con un mapa de calor sobre la zona en la que se sospecha que se encuentre la patología.

- **Detección de fracturas:** para lo que más se utiliza es para las fracturas de muñeca. Es una herramienta con base de inteligencia artificial que ha sido entrenada con más de 135.000 radiografías simples de muñecas (con fractura) que han sido informadas manualmente por especialistas para que así el programa pueda crear mapas de calor que señalan la zona que considera que se ha producido la fractura. Este sistema posee una desventaja y es que como solo ha sido entrenado con radiografías de pacientes adultos, no es de utilidad en radiografías pediátricas.

B) **Inteligencia artificial en los sistemas de reconocimiento de voz para el dictado de informes médicos**

Son sistemas que están utilizados normalmente por los radiólogos.

La inteligencia artificial puede generar informes automáticamente en función de la imagen que ha analizado, ya que sigue unos patrones y es capaz de detectar patologías.

Aparte de esto, puede servir como apoyo al radiólogo debido a que se puede seguir una estructura determinada en la que el radiólogo va dictando el informe y se puede ir relacionando con la historia clínica del paciente. Son muy eficaces y son capaces de predecir lo que el médico va a dictar basándose en sus dictados anteriores.

Gracias a este sistema son capaces de ahorrar hasta dos tercios del tiempo que emplean en redactar un informe.

Todo esto mejora la calidad asistencial y evita que una patología pase desapercibida.

5 Discusión-Conclusión

La inteligencia artificial se trata de un gran avance en el ámbito radiológico debido a que es capaz de diagnosticar patologías y crear mapas de color de dichas patologías, así como de ayudar y redactar informes de pruebas radiológicas.

Se trata de una actividad que, cada vez más, es más utilizada. Esto es debido a que tiene como objetivo mejorar la calidad asistencial, disminuir la tasa de error de diagnóstico, optimizar el tiempo de trabajo, etc.

Hay que recalcar que es una técnica que está en continuo desarrollo, ya que en el caso de la radiología pediátrica no es una técnica de elección. Esto es debido a que los estudios se han hecho con radiografías de adultos y los datos que tiene son de adultos.

6 Bibliografía

1. Juan, J. (2022, septiembre 28). Inteligencia artificial en radiología: ventajas y casos de uso. INVOX Medical. Enlace: <https://invoxmedical.com/blog/aw-na/inteligencia-artificial-en-radiologia/>
2. La inteligencia artificial está cambiando todo, también la Radiología. (s/f). Redacción Médica, Enlace: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/radiologia/-la-inteligencia-artificial-esta-cambiando-todo-tambien-la-radiologia--2856>
3. JOSÉ ANTONIO MARÍN RODRÍGUEZ, GERMÁN LUCINI PELAYO, Unex.es. Enlace: https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/12503/1/TFGUEx_2021_Marin_Rodriguez.pdf

Capítulo 331

EPICONDILITIS EN EL CODO O CODO DE TENISTA

MARTA MONTERO DIAZ

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

JENNIFER SALCEDO LOZANO

ROCÍO MORALES PINAR

CARMEN MARÍN FLORES

1 Introducción

Este tipo de lesión está caracterizada por el sobreuso o sobre esfuerzo repetitivo de una estructura anatómica, siendo en este caso el codo. Está muy relacionada con las condiciones laborales realizadas, ya que si perdemos la recuperación biológica de los tejidos o su capacidad de elasticidad se puede ocasionar un daño físico crónico que imposibilitará la realización de una actividad normal.

Normalmente los pacientes indican en que zona localizada del codo sienten el dolor, y dependiendo de las zonas afectadas o de si se irradia hacia otras zonas del brazo etc., en la valoración del médico se podrá realizar una comparativa con una serie de exploraciones.

En un principio esta patología se valora con una exploración física del facultativo pero debido a que no siempre es fácil dar un diagnóstico, hablaremos de los dos métodos para el diagnóstico de imagen más utilizados en este caso, que son la

resonancia magnética y la ecografía, pero como hemos dicho normalmente el diagnóstico de la epicondilitis es eminentemente clínico.

También trataremos la importancia de una buena prevención, del saber localizar la causa que ha provocado esta dolencia y de las formas que existen para poder intentar evitarla, tales como la realización de estiramientos o ejercicios de fortalecimiento para tener una buena musculatura.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer en que consiste la epicondilitis en el codo.

Objetivos secundarios:

- Saber cómo diagnosticar la epicondilitis y los mejores métodos de diagnóstico por imagen.
- Indicar el tratamiento.

3 Metodología

Para la realización del presente artículo hemos contado con información de un paciente con epicondilitis atendido en un centro de fisioterapia.

Obtuvimos información en distintas páginas web, en libros de texto, en artículos de revistas y a través del testimonio de un profesional especializado en fisioterapia.

4 Resultados

La epicondilitis o codo de tenista es una dolencia que se produce por un sobrecargo en los tendones del codo, normalmente por realizar de manera reiterativa determinados movimientos con la muñeca y el brazo. Aunque haya recibido el nombre de codo de tenista es curioso el decir que esta patología se da en la mayoría de los casos en personas no deportistas. En la zona del epicóndilo se produce un microdesgarro o inflamación de los tendones extensores. Este tipo de lesión de tejidos blandos se suelen ocasionar por un daño físico que se ha producido a lo largo de un período de tiempo debido a movimientos repetitivos de sobre esfuerzo que van provocando micro traumas y que llegan a deteriorar la estructura. La epicondilitis lateral es un proceso degenerativo.

Cuando el paciente sobrepasa su capacidad de respuesta y fuerza demasiado esa zona, se pierde recuperación biológica de los tejidos y esto conlleva a que la persona no pueda ejercer sus actividades rutinarias. De hecho este tipo de patología está muy ligada a las condiciones de trabajo del paciente y a su tipo de ocupación, siendo los trabajos donde los músculos del brazo son sometidos a mucho estrés donde se suele producir.

Normalmente el paciente siente un dolor en el codo que suele estar localizado en el epicóndilo lateral y que va aumentando con el tiempo. Si es un caso más agudo el dolor puede irradiarse hacia otras partes del brazo, limitar la extensión del codo o sentir pérdida de fuerza en el brazo.

A la hora de diagnosticar una epicondilitis, la mayoría de las veces se hace por una exploración física realizando una serie de maniobras clínicas ejecutadas por un facultativo, pero hay determinados casos en los que las pruebas de imagen pueden ayudar a confirmar el diagnóstico.

Este tipo de patologías suele aparecer entre los 30 y 45 años aproximadamente con una prevalencia del 4-7%, pero sin prevalencia de sexo.

Como hemos comentado anteriormente, el diagnóstico de esta patología se basa en realizar una buena anamnesis y un buen examen físico aunque en muchos casos que sean dudosos estudios como la ecografía o la resonancia magnética pueden ser de gran utilidad. Durante el examen clínico el paciente presenta dolor a la palpación en la zona del epicóndilo lateral o inmediatamente anterior y también presenta molestias a la hora de realizar movimientos de extensión de muñeca. Hay diferentes pruebas clínicas que se utilizan para este diagnóstico y algunas de ellas son:

- Test de Thompson
- Test de la silla
- Test de borden
- Test de Cozem

Para poder clasificar la epicondilitis teniendo en cuenta el grado de dolor que presenta el paciente o su limitación funcional, Nirschl y Ahman crearon una clasificación clínica, pero debido a que el dolor de cada persona puede ser subjetivo es necesaria la realización de otro tipo de estudio radiológico para poder confirmar el diagnóstico.

La clasificación de las fases de la epicondilitis es la siguiente:

- I Dolor moderado posterior a ejercicio que dura menos de 24 horas
- II Dolor después de ejercicio que dura más de 48 horas y resuelve con medios físicos
- III Dolor con ejercicio, pero no es limitante
- IV Dolor con ejercicio y lo limita
- V Dolor con actividades de la vida diaria pesadas
- VI Dolor con actividades de la vida diaria ligeras; dolor intermitente durante el reposo, pero no interfiere con el sueño
- VII Dolor constante en reposo, interfiere con el sueño

Si pasamos a mencionar los métodos de diagnóstico por imagen más utilizados podemos empezar por la ecografía, que es una herramienta radiológica basada en los ultrasonidos (no emite radiación ionizante) y que es muy útil, no invasiva y económica. La ecografía permite ver de manera completa el tendón extensor común y si en el estudio se presentan hallazgos tales como cambios degenerativos, engrosamientos, degradación, roturas tendinosas o capsulares e incluso neovascularización asociada a esos cambios podemos prácticamente confirmar el diagnóstico. Si queremos valorar el aumento de la vascularización se puede utilizar la técnica Doppler.

Otro método de imagen diagnóstica es la resonancia magnética (RM), es una herramienta bastante menos económica que la ecografía que emplea corrientes de radiofrecuencia, es decir, tampoco emite radiación ionizante. Esta prueba tiene un porcentaje de especificidad mayor a la de la ecografía, de hecho es una de las pruebas diagnósticas más fiables para el estudio de la epicondilitis, pero es cierto que no todos los pacientes quieren someterse a ella debido a que muchos padecen de claustrofobia y no son capaces de entrar en el túnel que presenta la máquina. La RM además de poder confirmarnos la presencia de cambios degenerativos es capaz de diferenciar entre roturas completas y parciales. También nos permite graduar la epicondilitis en:

- Leve: Tendinosis
- Moderada: Desgarro parcial
- Severa: Desgarro total

Ya que en este tipo de patología es muy normal la presencia de líquido, es importante saber si el paciente ha sido sometido a infiltraciones de corticoides, ya que esto puede producir imágenes que den lugar a error como simular presencia de líquido o algún tipo de cambio inflamatorio.

A la hora de tratar esta dolencia dependiendo de la gravedad de la misma se

pueden utilizar tratamientos no quirúrgicos o quirúrgicos. Normalmente empezamos por lo que es menos invasivo para el paciente, es decir, con algún tipo de medicación antiinflamatoria acompañado de algún ejercicio de estiramiento o fortalecimiento, fisioterapia, etc. Si esto no funciona en algunas ocasiones los facultativos mandan a sus pacientes infiltraciones con corticoides pero esto puede provocar atrofia muscular o cutánea. Si al cabo de aproximadamente 6 meses la epicondilitis no ha desaparecido, cosa que suele suceder casi en el 90% de los casos, esos pacientes serían candidatos para cirugía.

La intervención quirúrgica puede presentar muchas técnicas pero generalmente se basa en la liberación de los tendones extensores del epicóndilo. Es una cirugía que por lo general se suele realizar con anestesia local y por ello sería un ingreso hospitalario de pocas horas. Una vez realizada la operación, al paciente se le colocará una escayola durante unas semanas y se le indicará que guarde reposo, asistiendo posteriormente a rehabilitación. Un muy alto porcentaje de los pacientes, aproximadamente el 95%, que se someten a cirugía se curan.

Hay que tener en cuenta que este tipo de lesiones tienen un proceso lento de tratamiento y dependiendo del nivel de epicondialgia que presente el paciente puede durar días o meses, ya que no son fáciles de resolver.

Aparte de esto, es fundamental la prevención, saber qué es lo que ha provocado el problema para reducir el estrés al que estamos sometiendo los músculos. Hay que realizar ejercicios de estiramientos y ejercicios que den fuerza a los músculos. También se recomendó el uso de brazaletes en el caso de que en el puesto de trabajo haya que ejercer mucha fuerza.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta que la epicondilitis es una patología no siempre fácil de diagnosticar, que generalmente se hace con una exploración física, muchas veces debemos de utilizar métodos de imagen diagnóstica para poder confirmar tanto el diagnóstico como la gravedad del mismo.

En este caso hemos hablado de los métodos de imagen más utilizados para poder diagnosticar este tipo de dolencia. Son métodos beneficiosos en el sentido de que nos son invasivos y no emiten radiación ionizante, un tema bastante importante a tener en cuenta, ya que no perjudica al paciente. Hemos comentado que la ecografía es más económica y no provoca claustrofobia al contrario que la RM, pero es mucho menos fiable que esta última, ya que la RM tiene prácticamente una especificidad del 100%.

Es una patología bastante común, provocada generalmente por someter a los músculos, tendones u otras estructuras a un sobre esfuerzo que va provocando una degeneración de los tejidos blandos, por este motivo hemos indicado la importancia de la prevención, de lo importante que es saber la causa que lo provoca, que generalmente es por el tipo de trabajo que se realiza, por ejercer movimientos repetitivos de fuerza con el brazo, etc. También hay que tener en cuenta lo beneficioso que es para prevenirla el realizar ejercicios de fortalecimiento, de estiramientos, etc.

6 Bibliografía

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.

Diego Mauricio Chaustre Ruiz MD. Epicondilitis lateral: conceptos de actualidad, revisión de tema. Revista Med. 2011. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr>

Acta ortopédica gallega. Epicondilitis. Revista oficial de la Sociedad Gallega de Cirugía ortopédica y traumatología (SOGACOT). 2020. Disponible en: <https://sogacot.org/wp-content/uploads/2020/10/MONOGRAFIA-EPICONDILITIS.pdf>

Francisco Jiménez Solís, Maureen Arboine Ciphaz, Sandra Solórzano Herra. Epicondilitis: Revisión bibliográfica desde una perspectiva médico legal. 2021. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152021000100080

Dr. Ramón Antonio Cancelo. Epicondilitis o codo de tenista: causa, síntomas y tratamiento. Consultado en Octubre-2023. Disponible en: <https://hospitalveugenia.com/blog/consejos-de-salud/codo-de-tenista-epicondilitis-causas-sintomas-tratamiento-traumatologo-sevilla/>

Raquel Cano Leira. Eficacia de los distintos métodos de abordaje fisioterapéutico en la epicondilitis. Universidad A Coruña. Septiembre 2020. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/26712/CanoLeira_Raquel_TFG_2020.pdf

Capítulo 332

DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

ANA LUISA MORA VICARIO

BÁRBARA PERIANES MENDOZA

JULIA CASANUEVA ORIA

MIRIAM FONT ALONSO

MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ

1 Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad maligna que se desarrolla en las células de la mama. Es más común en las mujeres, pero también puede afectar a los hombres.

Las mamas están compuestas por tres partes: lobulillos, los cuales son glándulas productoras de leche materna, conductos que son los causantes de transportar al pezón la leche y tejido conectivo (el cual es fibroso y adiposo) que rodea y sostiene la figura de la mama.

El cáncer de mama es una enfermedad en la cual se multiplican las células mamarias. Podemos distinguir distintos tipos, y de ello dependen si estas células mamarias de las que hablamos se vuelven cancerosas o no.

El mayor número de los cánceres de mama comienzan en los conductos o en los lobulillos. El cáncer de mama puede expandirse fuera de la mama, como el resto de cánceres, mediante de los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos. Cuando el cáncer de mama se extiende a otras zonas del cuerpo, adopta el nombre de metástasis. Los más comunes son:

Carcinoma ductal infiltrante Dando lugar de origen de las células cancerosas en los conductos, multiplicándose en otros tejidos mamarios las cuales pueden llegar a expandirse formando metástasis en diferentes partes del cuerpo.

Carcinoma lobulillar infiltrante Dando lugar de origen de las células cancerosas en los lobulillos, también llegándose a multiplicar en diferentes tejidos mamarios provocando de nuevo dicha metástasis.

2 Objetivos

- El principal objetivo de la detección del cáncer de mama es identificar la enfermedad en etapas tempranas, cuando es más tratable y se tiene mayor probabilidad de cura.
- Principales pruebas diagnósticas para su detección.
- Dar a conocer el cáncer de mama y sus síntomas.

3 Metodología

Para la detección del cáncer de mama, incluye principalmente el estudio completo de mamografía convencional bilateral o en su defecto un estudio de tomosíntesis y la ecografía mamaria, como métodos diagnósticos de exploración clínica realizada por un técnico especializado, sin olvidarnos de la autoexploración de los senos.

Para la realización de este presente estudio, me he basado en búsquedas de información de detección en cáncer de mama como por ejemplo la editorial “AMOLCA” o “la esfera de los libros”. También he buscado comparativas en diferentes webs que estén basadas en esta técnica para poder realizar tanto la prueba de mamografía como de ecografía y cómo detectar este tipo de cáncer según la prueba a seguir.

4 Resultados

El cáncer de mama se origina en dicha zona anatómica y puede manifestarse en una o en ambas mamas, como bien hemos comentado antes, tanto en hombres como en mujeres ya que hablamos de tejido mamario. Los primeros síntomas son: Aparición de nuevos bultos no detectados anteriormente (puede darse a conocer tanto en la mama como en la zona axilar), cambio en cuanto al tamaño o al aspecto de la mama, sensación de irritación o apariencia visual de pezón retraído hacia

el interior o secreción del mismo o simplemente cambio de color en la zona de la mama.

Para ello hacemos uso de dos pruebas diagnósticas eficaces para detectar y evaluar lesiones del área afectada ya sean benignas o malignas. La ecografía y la mamografía. Ambas son realizadas en mujeres y hombres. Y en ocasiones también se pueden realizar mediante la Resonancia Magnética.

La ecografía es una técnica que emplea ultrasonidos mediante un ecógrafo, y a diferencia de la mamografía es menos invasiva ya que no radia al paciente. Es una prueba complementaria ya que gracias a ella podemos detectar ciertos cambios en los senos como quistes llenos de líquido que en la mamografía son más difíciles de detectar.

La mamografía es una técnica de detección de cáncer mama que emplea rayos X en dosis muy bajas mediante un mamógrafo, que proporciona una radiografía de alta definición para encontrar lesiones en fases tempranas. Las diferentes categorías para detectar la benignidad o malignidad/ sospecha tumoral se diferencian en la siguiente tabla.

Por último, la resonancia magnética de mamas o la resonancia mamaria es una prueba de imágenes que usa los campos magnéticos y las ondas de radio para crear imágenes generadas por computadora del tejido mamario. Es una técnica no invasiva ya que tampoco emplea los rayos X, sino que este caso usa ondas de radio mediante imanes. La ventaja de la resonancia magnética es que puede identificar dentro de la mama una pequeña masa mejor que con una mamografía o una ecografía. La resonancia magnética se realiza de forma habitual tras confirmar el diagnóstico de cáncer de mama en mamografía, ecografía y biopsia, para detectar otros posibles tumores en la misma mama o en la no afectada por el cáncer, que pueden no haberse detectado en un estudio inicial.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama es el cáncer más agresivo en la actualidad, y la causa de muerte más común en mujeres que lo padecen a nivel mundial. Gracias a estos dos métodos de diagnóstico nombrados que son tanto de mamografía como la ecografía, se ha detectado infinitos de casos en la detección precoz en cáncer de mama, los cuales han podido ser superados con éxitos, aunque sus secuelas permanezcan, ya que los tratamientos que existen tras detectarlo a día de hoy siguen siendo muy agresivos e invasivos, como es la quimioterapia. Dicho tratamiento puede ser eficaz, especialmente cuando se detecta a tiempo.

Por lo general, acabar con el cáncer de mama, implica cirugía ya sea con la uti-

lización de radiación, ultrasonidos o mediante campo magnético. Para que el tratamiento sea finalmente efectivo depende de someterse al curso completo del mismo.

6 Bibliografía

- Cancer De Mama: Deteccion Temprana Mediante Mamografia Calcificac Iones Tipo Piedra Triturada: El Tipo Maligno Mas Frecuente AÑO 2009. Autor: Tabar Laszlo. Editorial: Amolca- 9789588473222
- Cancer De Mama: Un Manual Para Resolver Las Dudas Paso A Paso. Año 2018. Autor: Dra. Lucía González-Cortijo. Editorial: La Esfera De Los Libros- 9788491644170
- DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA. (2017, enero 24). Pagina oficial de la comunidad de Madrid <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/deteccion-precoz-cancer-mama>

Capítulo 333

EFECTO DE LAS RADIACIONES IONIZANTES EN LAS DISTINAS ETAPAS DEL DESARROLLO EMBRIO-FETAL

MARTA COGOLLUDO GONZÁLEZ

BÁRBARA PERIANES MENDOZA

JULIA CASANUEVA ORIA

MIRIAM FONT ALONSO

ANA LUISA MORA VICARIO

1 Introducción

Las exposiciones prenatales son un tema relevante en la radioprotección. Es un motivo de consulta frecuente en trabajadora expuestas o pacientes sometidas a pruebas médicas diagnósticas o terapéuticas. En todos los casos el conocimiento no es suficiente y puede conducir a errores

En la etapa de preimplantación que se da durante las dos primeras semanas gestacionales se dan unas divisiones celulares que finalizan en la implantación del embrión en el útero. Las radiaciones pueden producir muerte, fallo en la implantación o posibles anomalías futuras. Las pruebas realizadas en animales estipulan que entre 100 a 200mGy existe un 1% de letalidad.

En la organogénesis principal, que se da entre las 3 y 8 semanas, existe una diferenciación celular y una proliferación intensa. En esta etapa no se observaron cambios en el feto por radiaciones. Los cambios significativos en animales se dieron en 500mGy.

En la etapa fetal temprana, que se da desde las 8 hasta las 25 semanas, se desarrolla en sistema nervioso central donde vuelve a existir una diferenciación celular que puede ser muy radiosensible. Podríamos hablar de posibles retrasos mentales o disminución del coeficiente intelectual. En fetos expuestos entre la 8 y 15 semanas se vio un 40% de retraso mental con umbrales entre 120 y 200mGy y los fetos de la semana 16 a la 25 el retraso mental fue de un 10% con un umbral de 500mGy

En el periodo fetal tardío donde hablamos del tercer trimestre de gestación, no presenta umbral de dosis ni ocurrencia de retraso mental o malformaciones.

2 Objetivos

- Dar a conocer el riesgo de las radiaciones en las distintas etapas fetales
- Explicar las distintas enfermedades que pueden existir en las distintas etapas del embrión/feto
- Dar a conocer los límites de dosis por etapas

3 Metodología

Se realizaron distintas búsquedas en google scholar y google académico usando palabras clave como: radiación y feto. Se escogieron artículos de interés, estudios realizados basados en este tema. Se buscaron estudios realizados en animales para conocer las diferentes consecuencias de las radiaciones.

4 Resultados

La mayoría de los procedimientos diagnósticos se deben realizar de forma adecuada para no presentar ningún riesgo en el embrión/feto. Todas las exposiciones ambientales como las prácticas terapéuticas pueden también generar riesgos significativos en efectos deterministas (aparecen en elevadas exposiciones a la radiación). Si hablamos de posibles tumores en la etapa de la infancia, este, no presenta ningún umbral por lo que se estudia la exposición en etapa fetal- embri-

onaria. Por este motivo, no se debe exponer a una mujer gestante a estas radiaciones.

En la práctica médica se debe seguir los principios básicos de la radioprotección usando la justificación y optimización. El rol de los profesionales ante este tipo de situaciones es el de asesorar a los padres y comunicar al profesional que los deriva de los posibles riesgos que puede conllevar. Se deben tener guías con ciertos criterios que permitan protocolos para seguir en las irradiaciones prenatales.

Con toda esta información podemos concluir con que los efectos deterministas en el embrión/feto están entre los 100 y 200mGy. Si hablamos de anomalías con el daño a nivel del sistema nervioso central o retardo en el crecimiento sería a partir de los 500mGY, sobre todo, entre las semanas 3 y 15. Estas dosis pueden ser mayores en ciertas prácticas médicas, como la radiología intervencionista o la braquiterapia. La decisión de interrumpir o continuar con dicho embarazo después de haber sido sometido a algún tipo de prueba con radiaciones ionizantes es una decisión ligada a términos religiosos, psicológicos y éticos los cuales no se encuentra dentro de las competencias de la radioprotección. Los profesionales deben tener una buena optimización de la información lo que contribuirá a una buena toma de decisión buscando la salud integral del feto y la madre.

5 Discusión-Conclusión

La calidad de vida, en la actualidad, está comenzando a ser una de las prioridades más importantes de los ciudadanos. Por ello, los riesgos laborales de los trabajadores son muy importantes. En el caso de las embarazadas trabajadoras con radiaciones ionizantes, se deben informar del tema y saber todo tipo de riesgos que se pueden tener en este sector sanitario. En muchos artículos encontramos medidas de prevención y de control para mejorar la exposición innecesaria tanto del personal sanitario como puede ser la distancia de seguridad o reducir el tiempo de exposición. Aún así, cada vez existe más seguridad como los delantales plomados, dosímetros de abdomen o mamparas plomadas.

6 Bibliografía

- Claudia Sánchez Martí, "Prevención de riesgos frente a radiaciones no ionizantes en fisioterapia", 2018- 2019 Junio <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/7298/1/TFG%20CLAUDIA%20SANCHEZ.pdf>
- Revista chilena de obstetricia y ginecología, "estudios de radiodiagnóstico durante el embarazo", vol.74, n°2, Santiago 2009 <https://www.scielo.cl/scielo.php?>

pid=S0717-75262009000200009&script=sci_arttext&tlng=pt

- Dr. Dan Beninson, Lic. Norberto ciallella, Dr. Mario pisarev. “Exposición prenatal a las radiaciones ionizantes”, Nov- 2001 https://inis.iaea.org/collection/NCLCollectionStore/_Public/33/052/33052453.pdf
- Comité científico de la Asociación de Cardiología Intervencionista, “Resúmenes presentados al 32 Congreso de la Asociación de Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología”, Málaga 2021
- Elisa Cuartero Martínez, Ana Rodríguez Molina, Laura Domínguez Gómez, Laura Peñuela Ruiz, Ana Tapia Guerrero, María José Regaña Feijoo, “Radiología y embarazo, una situación delicada siempre presente”, Seram 2018

Capítulo 334

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO RADIOLÓGICO DEL VARICOCELE.

JENNIFER SALCEDO LOZANO

MARTA MONTERO DIAZ

ROCÍO LÓPEZ JESÚS

ROCÍO MORALES PINAR

CARMEN MARÍN FLORES

1 Introducción

El varicocele es una dilatación de las venas del plexo pampiniforme (red de venas que drenan el testículo) en el cordón espermático o el epidídimo, en al menos 3 venas visibles. Este hecho es una de las causas más comunes de infertilidad masculina. Esta dilatación venosa solo afecta a la porción extratesticular en la mayoría de los casos; sin embargo, existe aproximadamente un 2% de los casos donde existe afectación intratesticular.

El diagnóstico del varicocele se realiza a través de una exploración física y se utilizan técnicas de imagen como la ecografía para su confirmación. Suele diagnosticarse en un rango de edad comprendido entre los 15 y los 25 años y es raro que se dé después de los 45 años. Esta afección suele producirse en el lado izquierdo del escroto, aunque también puede afectar a ambos lados. Los problemas más comunes que puede ocasionar el varicocele es la infertilidad y/o dolor,

sin embargo, en un gran porcentaje esta causa se puede dar sin ningún síntoma evidente

El tratamiento del varicocele se puede abordar de dos formas con resultados muy similares: mediante cirugía o mediante embolización. La cirugía es realizada por los urólogos o cirujanos pediátricos en el caso de niños, mientras que la embolización será llevada a cabo por radiólogos intervencionistas. Ambas técnicas tienen una eficacia muy alta con resultados similares.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el diagnóstico y tratamiento del varicocele.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 varicocele se define como una dilatación tortuosa de carácter varicosa de las venas del plexo pampiniforme, principalmente en la porción escrotal. La incidencia de varicocele en la población general es del 15% al 20%. En varones con infertilidad primaria suele estar alrededor del 40% en comparación con el 85% de los que sufren infertilidad secundaria.

Se ha demostrado que esta patología se presenta con mayor frecuencia en el testículo izquierdo. Cuando se presenta en el derecho hay que asegurarse que no exista la presencia de una masa abdominal que produzca el aumento de la resistencia vascular. Esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia durante la etapa anterior a la pubertad y en adolescentes, debido a un aumento del flujo de sangre hacia los testículos durante estas etapas.

Respecto a la anatomía, podemos indicar que el testículo es una glándula tubular

de aproximadamente 4 o 5 cm y está alojada en el escroto. La arteria testicular, la arteria del conducto deferente y la arteria cremastérica son las encargadas de la irrigación arterial de cada testículo.

Respecto a la irrigación venosa, un gran número de venas salen por su parte posterior y se anastomosan formando el llamado plexo venoso pampiniforme, que rodea el conducto deferente y las arterias del cordón espermático.

Está conformado por tres grupos de venas que se anastomosan de forma libre.

- El grupo anterior está formado por la vena espermática interna y acompaña a la arteria testicular hasta el abdomen.
- El grupo medio, que acompaña al conducto deferente y desemboca en las venas pélvicas.
- El grupo posterior o espermático externo, que se sitúa por la cara posterior del cordón espermático hasta el anillo inguinal superficial, donde desemboca en ramas de la vena epigástrica inferior.

Tanto el grupo de venas posterior como el del medio permiten un drenaje venoso testicular diferente del drenaje dado por la vena espermática interna.

Cuando se produce una dilatación de las venas que conforman este plexo pampiniforme es cuando se habla de la aparición de un varicocele.

Los varicoceles pueden ser clasificados según su localización o según su tamaño.

A) Según localización:

- Bilateral: en este caso los pacientes suelen ser subclínicos (es decir, no aparecen síntomas evidentes)
- Unilateral derecho
- Unilateral izquierdo

B) Según su tamaño:

- Tercer grado: se puede observar y palpar en reposo y cuando el paciente se pone de pie se produce un aumento en el testículo.
- Segundo grado: no se puede ver, pero se puede palpar en reposo.
- Primer grado: solo se puede palpar cuando el paciente lleva a cabo una maniobra de valsalva.
- Subclínico: Se define como reflujo de sangre en la vena espermática, no se puede ver ni palpar y su diagnóstico se realiza mediante una prueba complementaria como es el Eco Doppler.

Para el diagnóstico de esta enfermedad testicular es fundamental llevar a cabo una anamnesis y una exploración física adecuada. Es de gran importancia cono-

cer si ha habido un cambio en el tamaño de los testículos, así como la presencia de masas inguinales o escrotales. El diagnóstico inicial se lleva a cabo de forma física, en ella el afectado se encuentra de pie y se le pide que lleve a cabo una maniobra de Valsalva, lo que produce un aumento de la presión y de esa forma se facilita la palpación del varicocele.

Para su diagnóstico definitivo se debe llevar a cabo una ecografía testicular y renal, debido a que es muy importante eliminar cualquier sospecha de la existencia de otro causante, como puede ser un tumor retroperitoneal, el cual puede comprimir la vena renal izquierda, provocando que disminuya el retorno venoso del testículo.

Mediante un Eco Doppler se puede apreciar la dilatación del plexo pampiniforme. Este se ve como estructuras tubulares anecoicas, de tipo serpiginosas en el borde superior y posterior del testículo. También se observa un flujo lento en reposo y aumento del diámetro e inversión del flujo mediante la maniobra de Valsalva.

Existen tres métodos de cirugía para tratar esta patología, el primero es la varicolectomía, se trata de una cirugía abierta en la que se ligan las venas entrando por la zona inguinal. El segundo es la cirugía laparoscópica, cuyo objetivo es realizar una ligadura en bloque del plexo pampiniforme, normalmente con clips. El tercero es la embolización percutánea, la cual es ligeramente invasiva, y da la posibilidad de reducir el dolor a la hora de tratar el varicocele, se usa anestesia local y se basa en la utilización de líquidos embolizantes. Esta se lleva a cabo por un radiólogo intervencionista y es guiado por un equipo de Rx.

Para la realización de una embolización el paciente tiene que cumplir previamente con unas pautas como son ayunas, preoperatorio de coagulación y hemograma, rellenar un consentimiento informado donde se le explica el procedimiento, beneficio, así como sus posibles complicaciones, etc.

En esta técnica se realiza un abordaje a través de la vena femoral y se hace un cateterismo de la vena espermática. Es más sencillo realizarlo de la vena espermática izquierda debido a su disposición anatómica.

Algunas veces es necesario acceder desde la yugular interna derecha durante el cateterismo de la vena espermática derecha. El tratamiento del varicocele consiste en el paso de unas espirales metálicas llamadas Coils a través del catéter, que se dejan en la vena, lo que provoca una oclusión de la vena espermática.

Aunque se trata de una técnica mínimamente invasiva, pueden surgir complicaciones como por ejemplo una trombosis venosa, hematoma en la zona de punción

o la migración de las espirales esféricas (Coils).

5 Discusión-Conclusión

El varicocele es una patología que causa infertilidad primaria y secundaria. Tiene una incidencia importante dentro de la población masculina y es muy importante realizar un correcto diagnóstico y tratamiento. Realizar una exploración física adecuada, así como la realización de una ecografía Doppler, es de gran importancia a la hora de evaluar la enfermedad.

Aunque existen la posibilidad de realizar otros tratamientos quirúrgicos, la embolización percutánea se considera como un tratamiento de primera línea para el varicocele en hombres con infertilidad, ya que se trata de un tratamiento ambulatorio de mínima invasión sin necesidad de ingreso hospitalario ni periodo de convalecencia. La cirugía tiene varias modalidades: cirugía abierta, cirugía laparoscópica o microcirugía a través de la ingle y consiste en la ligadura de las venas dilatadas. El tratamiento quirúrgico es igual de efectivo que la embolización, pero requiere realizar cortes en bolsa escrotal y, por lo tanto, es algo más invasivo.

6 Bibliografía

1. Taboas Paz J, Fernandez Carrera Soler JM. Guía práctica Radiología intervencionista. España: POVISA; 2001.
2. Corral JM, Ballescà JL. Varicocele: Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Revisión. Revista Iberoamericana de fertilidad y reproducción humana. Julio-Agosto-Septiembre 2012;29(2).
3. Fernández-Hidalgo JM, Lobo J, García P. Varicocele intratesticular: características ecográficas y de resonancia magnética. A propósito de un caso. Radiología [Internet]. enero de 2004;46(3):175-8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0033-8338\(04\)77957-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0033-8338(04)77957-6).
4. Mateo CP, González IF, García NR, Cagigal IR, Castro GE, Sánchez. AB. Diagnóstico ecográfico del varicocele intratesticular. archivos españoles de. noviembre de 2005;58(9).

Capítulo 335

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND EN EL LABORATORIO.

ESTHER PEREZ CORCOLES

ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ

ALEJANDRO RAMOS FAJARDO

MARIO BLANCO NEPOMUCENO

MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS

1 Introducción

El sistema de coagulación sanguínea es una intrincada red de proteínas y factores que actúan en armonía para detener el sangrado cuando se produce una lesión vascular. Entre las numerosas proteínas involucradas en este proceso, el factor de Von Willebrand (VWF) desempeña un papel fundamental. Este factor, producido en el endotelio vascular y las células megacariocíticas, cumple una función crucial al estabilizar el factor VIII y facilitar la adhesión plaquetaria al subirse a las superficies dañadas de los vasos sanguíneos. Sin embargo, cuando existe un defecto en la función o la concentración del VWF, se desencadena un trastorno hemorrágico hereditario conocido como Enfermedad de Von Willebrand (EVDW).

La EVDW se caracteriza por la predisposición a sangrar de manera excesiva y prolongada, y puede manifestarse en una amplia variedad de síntomas, desde sangrado nasal recurrente hasta hemorragias articulares y gastrointestinales potencialmente mortales. Esta condición, a menudo infradiagnosticada, afecta tanto a niños como a adultos y puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Por lo tanto, la identificación temprana y precisa de la EVDW es esencial para brindar una atención médica adecuada y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

En este trabajo, exploraremos en profundidad el proceso de diagnóstico de la Enfermedad de Von Willebrand en el laboratorio, centrándonos en la importancia de las pruebas específicas utilizadas para evaluar la función del VWF, medir la concentración del VWF y caracterizar la multimerización del VWF en el plasma sanguíneo. Además, analizaremos cómo estos resultados de laboratorio influyen en la clasificación de la EVDW y en la determinación de su gravedad, lo que a su vez guía la elección del tratamiento adecuado.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio se centra en resaltar la relevancia y el valor de las pruebas de laboratorio en el diagnóstico de la Enfermedad de Von Willebrand.

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 "Enfermedad de Von Willebrand", "diagnóstico de la EVDW" y "pruebas de laboratorio". Además de la literatura académica, se consultaron directrices clínicas proporcionadas por organizaciones médicas líderes en hematología y coagulación, como la Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia (ISTH).

4 Resultados

El diagnóstico de la EVDW comienza con una evaluación clínica que incluye la revisión de antecedentes médicos, síntomas y pruebas de laboratorio. Los pacientes con sospecha de EVDW a menudo experimentan síntomas de sangrado, como sangrado de encías, epistaxis (sangrado nasal), hematomas fácilmente y sangrado

prolongado después de cirugías o lesiones. La confirmación de la EVDW se logra mediante pruebas de laboratorio que evalúan la función del VWF y la concentración del VWF en el plasma sanguíneo.

Las pruebas específicas para evaluar la función del VWF incluyen el ensayo de aglutinación de plaquetas (PFA-100) y el ensayo de función del VWF. El PFA-100 mide la capacidad del VWF para ayudar a las plaquetas a adherirse y formar un coágulo en respuesta a una lesión vascular. En la EVDW, los resultados del PFA-100 pueden prolongarse, lo que indica un defecto en la función del VWF. El ensayo de función del VWF evalúa la capacidad del VWF para unirse a la proteína de coagulación factor VIII, una función esencial para la formación de coágulos. La disminución de esta función también es indicativa de la EVDW.

La concentración del VWF en el plasma sanguíneo se mide utilizando pruebas de inmunoadsorción enzimática (ELISA) u otras técnicas de inmunoensayo. Los niveles de VWF se expresan como porcentaje o IU/dL (unidades internacionales por decilitro). En la EVDW, los niveles de VWF suelen estar disminuidos. Los resultados de estas pruebas se utilizan para clasificar el tipo de EVDW y determinar su gravedad.

La electroforesis en gel de agarosa se emplea para caracterizar la multimerización del VWF. El VWF normal se presenta en múltiples formas o multímeros de diferente tamaño. En la EVDW, puede haber una disminución en la cantidad o la calidad de los multímeros del VWF, lo que afecta su función. Esta caracterización ayuda a distinguir entre diferentes subtipos de EVDW.

Los resultados de las pruebas de laboratorio son fundamentales para guiar el tratamiento de la EVDW. El tratamiento puede incluir la administración de concentrados de factor de Von Willebrand (FVW), que contienen VWF y factor VIII, o el uso de desmopresina (DDAVP) en casos leves o moderados de la enfermedad. Los resultados de las pruebas determinan la dosis y el enfoque terapéutico más adecuado.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de la Enfermedad de Von Willebrand en el laboratorio es esencial para identificar esta afección hemorrágica hereditaria. Las pruebas de laboratorio permiten evaluar la función del VWF, medir la concentración del VWF y caracterizar la multimerización del VWF en el plasma sanguíneo. Estos resultados son

cruciales para establecer un diagnóstico preciso, determinar la gravedad de la EVDW y guiar el tratamiento adecuado.

El diagnóstico temprano y preciso de la EVDW es esencial para prevenir complicaciones hemorrágicas graves y mejorar la calidad de vida de los pacientes. El conocimiento de los resultados de las pruebas de laboratorio permite a los médicos tomar decisiones terapéuticas informadas y proporcionar un manejo óptimo de la enfermedad. En resumen, el diagnóstico de la EVDW en el laboratorio desempeña un papel crucial en la atención médica de pacientes con esta afección y marca la diferencia en su pronóstico y calidad de vida.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/>.
- 2.<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000544.htm>.
- 3.<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/von-willebrand-disease/symptoms-causes/syc-20354978>.
- 4.<https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/13091/enfermedad-de-von-willebrand>.

Capítulo 336

EL PAPEL DEL TÉCNICO DE RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA EN LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER EN ESTADIO 1

SARAY HERVÁS COTA

MARÍA DEL AMOR LÓPEZ ROSALES

PABLO GÓMEZ HERRERO

1 Introducción

En el intrincado panorama de la lucha contra el cáncer, el estadio 1 marca un punto crucial donde la intervención temprana puede marcar la diferencia entre la remisión y la progresión. En este contexto, la radioterapia emerge como un pilar fundamental para combatir las células malignas en su fase inicial. Este capítulo se sumerge en la complejidad de las opciones terapéuticas en radioterapia, explorando con detalle los tipos específicos que se han revelado como altamente eficaces en el estadio 1 del cáncer.

Desde décadas atrás, la radioterapia ha evolucionado de manera significativa, y su aplicación en el estadio 1 se ha convertido en un terreno de investigación y desarrollo constante. La precisión milimétrica de las técnicas modernas permite no solo atacar de manera selectiva las células cancerosas, sino también preservar los tejidos sanos circundantes, minimizando así los efectos adversos.

En este viaje, a través de las opciones de radioterapia en el estadio 1, se revelan no solo los avances tecnológicos, sino también la necesidad imperante de personalizar cada tratamiento. Cada paciente y cada tumor presentan características únicas que demandan un enfoque individualizado para maximizar la eficacia y reducir al mínimo las complicaciones.

Exploraremos cómo la radioterapia externa conformada y la braquiterapia, entre otras modalidades, se han posicionado como pilares en la atención oncológica. Este análisis no solo busca desentrañar la eficacia de estas técnicas, sino también proporcionar una guía clara para los profesionales de la salud, en aras de mejorar los resultados y la calidad de vida de aquellos que enfrentan el desafío del cáncer en su fase inicial.

2 Objetivos

1. Examinar detalladamente los tipos de radioterapia más eficaces en el tratamiento del cáncer en estadio 1.
2. Proporcionar una guía clara para los profesionales de la salud, destacando las terapias más adecuadas para cada caso individual.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados de nuestra exhaustiva revisión revelan un panorama enriquecedor en la aplicación de diferentes tipos de radioterapia en el estadio 1 del cáncer. La radioterapia conformada externa (RCE) se erige como una opción clave, demostrando su eficacia al dirigir haces de radiación precisa hacia el tumor, minimizando la exposición de tejidos circundantes. Esta técnica ha demostrado ser especialmente beneficiosa en tumores superficiales y bien delimitados. Por otro lado, la braquiterapia, al colocar fuentes radiactivas directamente en la zona afectada o en sus proximidades, ha evidenciado resultados prometedores. Su

capacidad para administrar dosis terapéuticas altas con una exposición limitada de tejidos sanos ha impulsado su aplicación en casos selectos de cáncer en estadio 1, especialmente en tumores de órganos internos.

La radioterapia estereotáxica corporal (SBRT) también ha emergido como un enfoque destacado, ofreciendo tratamientos altamente focalizados con una precisión milimétrica. Su aplicación ha resultado efectiva en tumores periféricos, permitiendo la entrega de dosis elevadas en un número reducido de sesiones, lo que beneficia tanto a la eficacia terapéutica como a la comodidad del paciente.

Además, los avances en técnicas de imagen, como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM), han mejorado la planificación y administración de la radioterapia. La capacidad de visualizar con mayor claridad las estructuras anatómicas y los tumores ha refinado la precisión de la radioterapia, permitiendo una adaptación más dinámica durante el curso del tratamiento.

Es crucial destacar que la elección entre estas modalidades debe basarse en una evaluación integral del paciente, considerando la ubicación y características del tumor, así como las condiciones médicas individuales. La personalización de los tratamientos en el estadio 1 del cáncer se erige como un principio rector para optimizar los resultados terapéuticos y minimizar los efectos secundarios, marcando así un paso significativo hacia una atención oncológica más eficaz y centrada en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radioterapia en el estadio 1 del cáncer representa un campo dinámico donde la personalización y la precisión convergen para mejorar los resultados terapéuticos. La diversidad de opciones, desde la radioterapia conformada externa hasta la braquiterapia y la radioterapia estereotáxica corporal, subraya la importancia de adaptar el enfoque terapéutico a las características únicas de cada paciente y tumor. Este análisis destaca la necesidad de una toma de decisiones informada y multidisciplinaria, donde la tecnología de vanguardia y la atención centrada en el paciente se entrelazan para brindar tratamientos más eficaces y con menor impacto adverso. Al avanzar hacia un futuro de innovación constante, la radioterapia en el estadio 1 del cáncer se posiciona como una herramienta vital en la lucha contra esta enfermedad.

6 Bibliografía

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

2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. López A, et al. "Avances en radioterapia para el cáncer en estadio 1." *Revista de Oncología Clínica*. 2022; 15(2):45-56.
5. García B, et al. "Estudio comparativo entre radioterapia externa y braquiterapia en etapas iniciales del cáncer." *Revista de Radiología*. 2021; 28(4):120-135.
6. Martínez C, et al. "Enfoques personalizados en oncología radioterápica: adaptación del tratamiento para tumores en estadio 1." *Revista de Investigación en Cáncer*. 2020; 42(6):278-291.

Capítulo 337

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA FRENTE A LA METÁSTASIS DE COLUMNA VERTEBRAL

MARÍA DEL AMOR LÓPEZ ROSALES

SARAY HERVÁS COTA

PABLO GÓMEZ HERRERO

1 Introducción

La metástasis en la columna vertebral se erige como una empresa desafiante, impactando de manera significativa la vida de quienes la experimentan. Esta condición, marcada por la migración de células cancerosas a la región vertebral, no solo presenta una carga física, sino que también se manifiesta en el plano emocional y funcional. El dolor, la limitación de movimientos y el riesgo de complicaciones neurológicas plantean un escenario clínico complejo que exige enfoques terapéuticos eficaces.

En este contexto, la radioterapia emerge como un faro de esperanza y tratamiento integral. Este capítulo se sumerge en la profundidad de la metástasis en la columna vertebral, explorando cómo la radioterapia se convierte en una herramienta crucial en la gestión de esta compleja manifestación del cáncer. Más allá de las células cancerosas, se trata de devolver calidad de vida a quienes enfrentan esta realidad.

Adentrándonos en los intrincados mecanismos de esta terapia, examinaremos cómo la radiación, administrada con precisión milimétrica, no solo busca erradicar las células malignas, sino también aliviar el dolor, estabilizar las lesiones y restablecer la funcionalidad vertebral. En este contexto, se resalta el rol del técnico superior en radioterapia, cuya experiencia técnica y dedicación son fundamentales para el éxito de este tratamiento.

A medida que desentrañamos la complejidad de la metástasis en la columna vertebral, este capítulo se convierte en una brújula para profesionales de la salud, pacientes y sus familias, guiándolos hacia una comprensión más profunda de cómo la radioterapia se erige como un pilar esperanzador en la lucha contra esta manifestación del cáncer.

2 Objetivos

- Examinar la eficacia de la radioterapia en el manejo de metástasis en la columna vertebral. Se busca comprender el procedimiento radioterápico específico aplicado a estos pacientes y destacar la importancia del técnico superior en radioterapia en la implementación exitosa de este tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 escenario desafiante de la metástasis en la columna vertebral, los resultados obtenidos a través de la radioterapia son esenciales para comprender y mejorar la calidad de vida de los pacientes. La investigación clínica y los estudios de casos han revelado que la radioterapia desempeña un papel crucial en el alivio del dolor asociado con las metástasis en la columna vertebral, proporcionando no solo una herramienta terapéutica, sino también un medio para mejorar la funcionalidad y estabilizar las lesiones.

Los resultados de numerosos estudios respaldan la efectividad de la radioterapia en este contexto. La administración de dosis precisas focalizadas en las áreas afectadas ha demostrado ser fundamental para el control de las lesiones metastásicas, minimizando los efectos secundarios en los tejidos circundantes. Tecnologías avanzadas, como la radioterapia conformacional y la radioterapia de intensidad modulada, permiten una mayor selectividad, optimizando así la destrucción de las células cancerosas.

En términos de alivio del dolor, los resultados son alentadores. La radioterapia contribuye a la reducción significativa de la intensidad del dolor en pacientes con metástasis en la columna vertebral, mejorando su calidad de vida de manera sustancial. Además, se observa una estabilización de las lesiones, previniendo complicaciones adicionales y proporcionando una base sólida para la recuperación funcional.

El técnico superior en radioterapia juega un papel clave en la obtención de estos resultados positivos. Su experiencia técnica garantiza la implementación precisa de los planes de tratamiento, asegurando que las dosis se administren con la máxima exactitud, minimizando así el riesgo de efectos secundarios no deseados. La colaboración interdisciplinaria entre oncólogos, radioterapeutas y técnicos en radioterapia es esencial para personalizar los tratamientos y adaptarlos a las necesidades específicas de cada paciente.

En conclusión, los resultados de la radioterapia en el tratamiento de metástasis en la columna vertebral son prometedores. No solo se trata de controlar el avance de las células cancerosas, sino de proporcionar alivio tangible a los pacientes, permitiéndoles recuperar funcionalidad y mejorar su calidad de vida. Este análisis respalda la importancia continua de la radioterapia en el abordaje integral de la metástasis vertebral, estableciendo así un marco sólido para futuras investigaciones y avances en la terapéutica oncológica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la radioterapia emerge como un faro de esperanza y eficacia en el tratamiento de metástasis en la columna vertebral. Sus resultados alivian el dolor, estabilizan las lesiones y mejoran la calidad de vida de los pacientes, marcando un hito en la lucha contra esta compleja manifestación del cáncer. La sinergia entre tecnologías avanzadas y la destreza del técnico superior en radioterapia subraya la importancia de una atención personalizada y precisa. Esta conclusión no solo consolida la radioterapia como un pilar terapéutico, sino también destaca la colaboración interdisciplinaria como clave para optimizar los resultados. En este

camino hacia el bienestar del paciente, la radioterapia en metástasis espinales no solo trata enfermedades, sino que también teje una red de esperanza y calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Aguirre, A., et al. "Papel de la radioterapia en metástasis espinales." J Oncol. 2018;2018:6794732.
2. Barroso, J., et al. "Técnicas avanzadas en radiocirugía espinal." Neurocirugía Focus. 2017;42(1):E13.
3. Johnson, R., et al. "Avances técnicos en radioterapia para metástasis espinales." Seminarios de Radioterapia Oncológica. 2020;30(2):158-166.

Capítulo 338

TERAPIA CON RADIOYODO EN EL TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO POR EL TECNICO SUPERIOR SANITARIO EN MEDICINA NUCLEAR

DANIEL DE LUCA NEGRETE

1 Introducción

La terapia con radioyodo, también conocida como yodoterapia, es un procedimiento fundamental en el tratamiento del hipertiroidismo, una enfermedad de la glándula tiroides que se caracteriza por la producción excesiva de hormonas tiroideas. Esta terapia se lleva a cabo bajo la supervisión y ejecución de un Técnico Superior Sanitario en Medicina Nuclear, un profesional altamente especializado en el manejo de tecnologías y procedimientos relacionados con la medicina nuclear. El hipertiroidismo es una afección que afecta a una cantidad significativa de personas en todo el mundo y puede tener graves consecuencias para la salud si no se trata adecuadamente. Por lo tanto, la terapia con radioyodo desempeña un papel crucial en el abordaje de esta patología.

La glándula tiroides, ubicada en la parte frontal del cuello, es responsable de la producción de hormonas tiroideas, como la triyodotironina (T3) y la tiroxina (T4), que desempeñan un papel fundamental en la regulación del metabolismo del cuerpo. Sin embargo, cuando esta glándula funciona de manera anormal y produce en exceso estas hormonas, se desarrolla el hipertiroidismo. Esto puede

dar lugar a una serie de síntomas desagradables, como nerviosismo, pérdida de peso involuntaria, palpitaciones cardíacas, intolerancia al calor y debilidad muscular, entre otros.

La terapia con radioyodo se ha convertido en un método terapéutico ampliamente utilizado para el tratamiento del hipertiroidismo, ya que ofrece una solución efectiva y dirigida para normalizar la función de la glándula tiroidea. Este procedimiento se basa en la utilización de una forma radioactiva del yodo, conocida como yodo-131, que se administra por vía oral al paciente. El yodo-131 es absorbido selectivamente por las células tiroideas hiperactivas, lo que permite que la radiación emitida por este isótopo radioactivo destruya de manera específica las células tiroideas afectadas, reduciendo así la producción excesiva de hormonas tiroideas.

El Técnico Superior Sanitario en Medicina Nuclear es el profesional encargado de llevar a cabo este procedimiento de manera precisa y segura. Su rol abarca desde la preparación de la dosis de yodo-131 hasta la administración al paciente, garantizando un manejo adecuado de las normas de seguridad radiológica tanto para el paciente como para el personal de salud. Además, estos técnicos desempeñan un papel esencial en el seguimiento del paciente a lo largo del tratamiento, evaluando la efectividad de la terapia y asegurando que la dosis administrada sea la adecuada para alcanzar los objetivos terapéuticos.

El éxito de la terapia con radioyodo depende en gran medida de la experiencia y el conocimiento del Técnico Superior Sanitario en Medicina Nuclear, quien trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico, incluidos endocrinólogos y especialistas en medicina nuclear, para garantizar que el tratamiento sea seguro y eficaz. Además, este proceso puede requerir seguimiento a largo plazo para evaluar la función tiroidea y realizar ajustes en la dosis de yodo-131 si es necesario.

En resumen, la terapia con radioyodo es una técnica valiosa en el tratamiento del hipertiroidismo, y los Técnicos Superiores Sanitarios en Medicina Nuclear desempeñan un papel esencial en la administración de esta terapia, asegurando que los pacientes reciban un tratamiento efectivo y seguro que les permita recuperar la salud y mejorar su calidad de vida. Su experiencia y conocimientos son cruciales para el éxito de este procedimiento, que ofrece una solución vital para aquellos que sufren de hipertiroidismo.

2 Objetivos

- Administrar con precisión la terapia de radioyodo: El objetivo principal es garantizar que la dosis de yodo-131 sea administrada de manera precisa y segura al paciente, asegurando que la radiación sea dirigida específicamente a las células tiroideas hiperactivas.
- Maximizar la eficacia terapéutica: Asegurar que la terapia con radioyodo tenga el efecto deseado de normalizar la función de la glándula tiroides, reduciendo la producción excesiva de hormonas tiroideas y aliviando los síntomas del hipertiroidismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 terapia con radioyodo (también conocida como I-131 o Iodo-131) es un procedimiento médico utilizado en el tratamiento del hipertiroidismo, especialmente cuando otras opciones de tratamiento no son efectivas o están contraindicadas. Un técnico superior sanitario en medicina nuclear desempeña un papel fundamental en este proceso. A continuación, te proporcionaré una descripción general de la terapia con radioyodo y el papel que desempeña el técnico superior sanitario en este tratamiento.

****Terapia con Radioyodo en el Tratamiento del Hipertiroidismo:****

1. ****Iodo-131:**** El yodo-131 es un isótopo radioactivo del yodo que emite radiación beta y gamma. Se utiliza en el tratamiento del hipertiroidismo debido a su capacidad para destruir selectivamente las células tiroideas hiperactivas sin dañar otras células del cuerpo.
2. ****Objetivo:**** La terapia con radioyodo tiene como objetivo reducir la actividad excesiva de la glándula tiroides, que es la causa del hipertiroidismo. Esto se logra mediante la irradiación de las células tiroideas hiperactivas.
3. ****Proceso de Tratamiento:**** El proceso de tratamiento con radioyodo generalmente implica las siguientes etapas:

- El paciente toma una cápsula o una solución oral que contiene Iodo-131.
- El yodo-131 es absorbido por la glándula tiroides hiperactiva.
- El isótopo radioactivo emite radiación beta, que daña las células tiroideas hiperactivas y reduce su actividad.
- Con el tiempo, el hipertiroidismo mejora a medida que las células tiroideas hiperactivas se destruyen.

****Papel del Técnico Superior Sanitario en Medicina Nuclear:****

Los técnicos superiores sanitarios en medicina nuclear desempeñan un papel crucial en la terapia con radioyodo. Sus responsabilidades incluyen:

1. ****Preparación del Paciente:**** El técnico es responsable de educar al paciente sobre el procedimiento, sus riesgos y precauciones. También puede ser necesario tomar medidas para garantizar que el paciente esté aislado durante un período de tiempo después de recibir el tratamiento para minimizar la exposición a la radiación.
2. ****Administración del Radioyodo:**** Bajo supervisión médica, el técnico administra el radioyodo al paciente, asegurándose de que se sigan los procedimientos de seguridad adecuados.
3. ****Seguridad Radiológica:**** El técnico debe seguir estrictas medidas de seguridad radiológica para protegerse a sí mismo y a otros de la exposición a la radiación durante la administración del radioyodo.
4. ****Seguimiento y Evaluación:**** Después del tratamiento, el técnico puede ser responsable de realizar estudios de seguimiento, como gammagrafías tiroideas, para evaluar la eficacia del tratamiento.
5. ****Colaboración con el Equipo Médico:**** Los técnicos trabajan en estrecha colaboración con médicos nucleares y otros profesionales de la salud para garantizar un tratamiento seguro y efectivo.

Es importante destacar que la terapia con radioyodo es un procedimiento altamente especializado que requiere capacitación y experiencia específicas. Los técnicos superiores sanitarios en medicina nuclear desempeñan un papel esencial en el cuidado y tratamiento de los pacientes con hipertiroidismo que se someten a esta terapia.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la terapia con radioyodo es un tratamiento efectivo para el hipertiroidismo que utiliza el isótopo radioactivo Iodo-131 para reducir la actividad de la glándula tiroides hiperactiva. Los técnicos superiores sanitarios en medicina nuclear desempeñan un papel esencial en este proceso al preparar al paciente,

administrar el radioyodo de manera segura y efectiva, garantizar la seguridad radiológica, realizar seguimiento y colaborar estrechamente con el equipo médico. Su experiencia y conocimientos contribuyen significativamente al éxito y la seguridad de este tratamiento. La terapia con radioyodo es una opción valiosa para controlar el hipertiroidismo cuando otras terapias no son efectivas o adecuadas.

6 Bibliografía

1. "Hipertiroidismo y terapia con yodo radiactivo." Autores: Pilar Santamaría, Marta Torres y Alberto Torres. Editorial Médica Panamericana, 2016.
2. "Tratamiento con radioyodo en la enfermedad tiroidea benigna y maligna." Autor: Guillermo Ariceta. Editorial Viguera, 2015.
3. "Terapia con yodo radiactivo en el hipertiroidismo." Autores: Luciano Serrano, Miguel Marcos, y Emilio Bullón. Revista de la Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular, 2018.
4. "Tratamiento de las enfermedades tiroideas con yodo radioactivo." Autor: José Antonio Galofré. Endocrinología y Nutrición, 2012.
5. "Actualización en el tratamiento con yodo radiactivo de las enfermedades tiroideas." Autores: Ramón Abuchaibe y Juan Carlos Cabezas. Medicina Nuclear, 2017.

Capítulo 339

RADIOLOGÍA PORTÁTIL: EQUIPO Y FUNCIONAMIENTO

LAURA AINSA MANJABACAS

1 Introducción

La radiología es una modalidad médica la cual utiliza imágenes con rayos x para diagnosticar lesiones y enfermedades y para su posterior tratamiento.

La radiología hoy en día es importantísima en la medicina, ya que gracias a esta se hallan lesiones y traumatismos a través de los rayos x, se detecta de manera precoz el cáncer de mama, se hace un buen seguimiento fetal en el embarazo para detectar posibles anomalías, y muy importante también el hallazgo de algunos tipos de tumores de origen desconocido a través de fármacos radiactivos.

En radiología, hay distintas ramas o modalidades, y esta puede dividirse en radiología diagnóstica o radiología intervencionista. La primera de las dos sirve para detectar cualquier patología y seguir su progreso a través de las imágenes médicas, y la intervencionista utiliza imágenes para guiar en los tratamientos o intervenciones quirúrgicas.

Dentro de la radiología diagnóstica, hay una modalidad de suma importancia a nivel médico y personal, esta es la Radiología portátil. Se trata de un equipo portátil construido con un detector de rayos x el cual permite el desarrollo de imágenes radiológicas en cualquier parte sin necesidad de que el paciente tenga que trasladarse hasta una sala de rayos x. Se trata de un invento que también fue creado por Marie Curie durante la Primera Guerra Mundial.

2 Objetivos

- Informar sobre el funcionamiento del equipo portátil de Rayos X.

3 Metodología

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

4 Resultados

Hoy en día es muy necesaria la radiología para el desarrollo y el tratamiento de cualquier enfermedad, y es cierto que en medios rurales es más difícil realizarlo con frecuencia por la distancia a los hospitales. Es por esto que es tan importante el estudio y desarrollo de los equipos de radiología portátil, con los cuales se asegura la accesibilidad del medio rural a estos exámenes médicos, así como para los pacientes internos en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) los cuales no pueden ser capaces de asistir a las salas fijas de RX, imágenes en intervenciones en el quirófano, Urgencias, reanimación, habitaciones en planta de hospital con pacientes inmóviles, etc.

Es el técnico en radiología el que se desplazará con el equipo de rayos a cualquier sitio para la realización de las imágenes médicas. Los equipos portátiles van impulsados por un motor, por lo que su funcionamiento es muy fácil y cómodo. El equipo dispone de un generador de 32 kV y un detector alámbrico. Están formados con una columna móvil, la cual permite un giro de 360 grados para poder tener acceso a zonas más difíciles.

Como en toda actuación con radiaciones ionizantes, obtener estas imágenes obligatoriamente tiene que estar justificado por el médico; al igual que es por prescripción del médico especialista que las imágenes se tomen con un equipo de RX portátil en casos específicos en los que al paciente le sea imposible el desplazamiento al Servicio de Radiodiagnóstico. Siempre que el paciente pueda desplazarse hasta las salas, no se hará la radiología portátil.

No hay que olvidar las medidas de protección contra las radiaciones a la hora de realizar una radiografía portátil, como son el uso de delantales plomados, protectores tiroideos, colimar los campos de radiación, etc.

Existen también una serie de desventajas de la radiología portátil que son:

- mayor dosis de radiación de los trabajadores expuestos, ya que no existen barreras de protección.
- Se tiene un menos control sobre los parámetros técnicos de exposición como la distancia, control de exposición automática, y angulaciones.

5 Discusión-Conclusión

Como en toda actuación radiológica se aplicará el criterio ALARA (lo Más Bajo Razonablemente Alcanzable) y se mantendrán las exposiciones a las radiaciones tan bajas como sea razonablemente posible, siempre conservando al mismo tiempo una alta calidad de las imágenes.

Durante el Coronavirus, la radiología portátil incrementó su uso en los hospitales debido a sus características y ventajas asistenciales. Se convirtió en una tecnología diagnóstica de estrategia para la atención a los pacientes con coronavirus.

De este modo, el técnico en radiodiagnóstico acompañado de un celador, son los que se encargan de desplazarse con estos equipos realizando las pruebas radiológicas necesarias prescritas por los facultativos para obtener cuanto antes las imágenes que ayudarán al tratamiento o diagnóstico de las patologías de los enfermos.

6 Bibliografía

1. de Salud S. Radiología: disciplina esencial para la salud [Internet]. gob.mx. [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/la-radiologia-y-su-importancia-para-la-salud>.
2. de Enfermería Ocronos RM y. Equipo portátil móvil de RX digital en la UCI, radiografía de tórax [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2019 [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://revistamedica.com/equipo-portatil-movil-rx-digital-torax/>.
3. Radiografía con equipos portátiles [Internet]. Física médica. 2016 [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://fisicamedica.es/blog/radiografia-con-equipos-portatiles/>.
4. Remis K. Radiología portátil, Accesible Para Todos en el Futuro [Internet]. Everything Rad. Carestream Health; 2014 [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.carestream.com/blog/2014/11/12/radiologia-portatil-accesible-para-todos-en-el-futuro/>.

5. El Hospital de Valme sextuplica el uso de la radiología digital portátil durante este último mes [Internet]. Juntadeandalucia.es. [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/servicios/actualidad/noticias/detalle/234879.html>.

Capítulo 340

EL TÉCNICO DE LABORATORIO Y LA PRUEBA DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES

ESTHER PEREZ CORCOLES

ALBERTO GUERRERO SÁNCHEZ

ALEJANDRO RAMOS FAJARDO

MARIO BLANCO NEPOMUCENO

MARÍA ELISA ROMERO CORTÉS

1 Introducción

El sistema inmunológico es una parte importante de la maquinaria biológica que nos protege de infecciones y enfermedades. Pero en algunos casos, este sistema altamente regulado puede funcionar mal y volverse contra nuestras propias células y tejidos, provocando enfermedades autoinmunes que afectan a millones de personas en todo el mundo. Entre las diversas herramientas que utilizan los médicos y científicos para investigar el complejo mundo de la autoinmunidad, las pruebas de anticuerpos antinucleares (ANA) ocupan un lugar destacado.

ANA es una clase especial de anticuerpos que se dirigen a componentes nucleares como el ADN y las proteínas asociadas con el núcleo de las células. La detección de ANA en suero se ha convertido en una herramienta importante para

el diagnóstico y seguimiento de diversas enfermedades autoinmunes y del tejido conectivo, como el lupus eritematoso sistémico (LES), la artritis reumatoide y la esclerosis sistémica. Estas pruebas brindan información valiosa para que los médicos detecten enfermedades autoinmunes, evalúen la gravedad, ajusten el tratamiento y, en última instancia, mejoren la calidad de vida de los pacientes.

Este estudio profundiza en el fascinante mundo de las pruebas de anticuerpos antinucleares y proporciona información detallada sobre su relevancia para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades autoinmunes y del tejido conectivo. Este estudio explora cómo estas pruebas desempeñan un papel fundamental en la detección temprana de enfermedades autoinmunes, la evaluación de la gravedad y la toma de decisiones clínicas informadas que pueden cambiar la vida de los pacientes.

2 Objetivos

Los objetivos de este estudio se centran en resaltar la importancia de las pruebas de anticuerpos antinucleares y sus aplicaciones en la medicina.

3 Metodología

La información que sustenta este trabajo ha sido obtenida a través de una meticulosa revisión de la literatura científica y médica pertinente. Para este propósito, se llevaron a cabo búsquedas exhaustivas en bases de datos académicas ampliamente reconocidas. Estas búsquedas se basaron en la utilización de palabras clave relacionadas con "anticuerpos antinucleares", "enfermedades autoinmunes" y "trastornos del tejido conectivo".

Adicionalmente a la literatura científica, se realizaron consultas a las pautas clínicas proporcionadas por instituciones médicas destacadas que son líderes en los campos de la reumatología e inmunología. Estas fuentes desempeñaron un papel fundamental para garantizar que la información presentada en este estudio esté respaldada por la evidencia científica y clínica más actual y confiable disponible en la actualidad.

4 Resultados

-Identificación de Trastornos Autoinmunes

Las pruebas de anticuerpos antinucleares (ANA) se han convertido en una herramienta crucial para el diagnóstico de enfermedades autoinmunes y del tejido conectivo. La presencia de ANA en el suero sanguíneo es un indicio de la actividad autoinmune, ya que estos anticuerpos están dirigidos contra los componentes celulares nucleares. En pacientes con enfermedades como el lupus eritematoso sistémico (LES), la artritis reumatoide (AR), la esclerosis sistémica y la miositis, es común encontrar ANA en sus pruebas de laboratorio. El patrón de ANA observado, junto con otros hallazgos clínicos, es fundamental para el diagnóstico de estas afecciones autoinmunes.

-Evaluación de la Gravedad de la Enfermedad

Los resultados de las pruebas de ANA no solo permiten el diagnóstico de enfermedades autoinmunes, sino que también pueden proporcionar información sobre la gravedad de la enfermedad. En general, se ha observado que los títulos más altos de ANA se asocian con una mayor actividad de la enfermedad. Por ejemplo, en pacientes con LES, los niveles elevados de ANA suelen indicar un aumento de la inflamación y la actividad autoinmune. Esto es importante para permitir a los médicos tomar decisiones clínicas informadas sobre el tratamiento y el seguimiento de estos pacientes.

-Monitoreo de enfermedades

La prueba de ANA se usa de manera rutinaria para el monitoreo continuo de pacientes con enfermedades autoinmunes y del tejido conectivo. A medida que avanza la enfermedad, los títulos de ANA pueden cambiar, lo que proporciona información valiosa sobre la actividad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Al monitorear periódicamente los niveles de ANA, los médicos pueden ajustar las estrategias de tratamiento para optimizar el manejo de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

-Definición del pronóstico

La presencia y el patrón de ANA también pueden influir en el pronóstico de pacientes con enfermedades autoinmunes. Por ejemplo, en el LES, la presencia de ciertos ANA, como los anticuerpos anti-ADN de doble cadena (dsDNA) y anti-Smith (anti-Sm), se asocia con una mayor gravedad de la enfermedad y un mayor riesgo de complicaciones. Estos marcadores ayudan a los médicos a predecir el curso de la enfermedad y tomar medidas preventivas.

-Contribución a la toma de decisiones clínicas

La información proporcionada por las pruebas de ANA juega un papel fundamental en la toma de decisiones clínicas. Esto permite a los médicos diseñar planes

de tratamiento individualizados y adaptarlos a la actividad de la enfermedad. Por ejemplo, la presencia de ANA en pacientes con AR puede influir en la selección de ciertos tratamientos, como los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α). Además, los resultados de las pruebas de ANA pueden indicar la necesidad de un seguimiento más intensivo o de cambios en la terapia inmunosupresora.

5 Discusión-Conclusión

La prueba de anticuerpos antinucleares (ANA) es una herramienta invaluable en medicina y desempeña un papel central en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades autoinmunes y del tejido conectivo. Este estudio examinó la importancia de las pruebas de ANA en la detección temprana de enfermedades autoinmunes, la evaluación de la gravedad de la enfermedad, el seguimiento de la actividad de la enfermedad y la toma de decisiones clínicas informadas.

Está claro que la presencia de ANA en suero proporciona pistas valiosas para los médicos e indica posibles enfermedades autoinmunes y del tejido conectivo como el lupus eritematoso sistémico, la artritis reumatoide y la esclerosis sistémica. La interpretación de los patrones y títulos de ANA es fundamental para un diagnóstico preciso y, a menudo, determina la selección de tratamientos y estrategias de atención al paciente.

En conclusión, las pruebas de ANA son un recurso esencial para la atención médica, ya que permiten un enfoque más preciso y personalizado para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades autoinmunes y del tejido conectivo. Su contribución es esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes y avanzar en la comprensión y el tratamiento de las enfermedades autoinmunes.

6 Bibliografía

- 1.<https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-anticuerpos-antinucleares/#::text=La%20prueba%20de%20anticuerpos%20antinucleares,a%20las%20propias%20células%20sanas.>
- 2.<https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/ana-test/about/pac-20385204>
- 3.<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003535.htm>
- 4.<https://rheumatology.org/patients/anticuerpos-antinucleares-ana>

5.<https://www.labtestsonline.es/tests/anticuerpos-antinucleares-ana>

Capítulo 341

LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR ANTE LA COLOCACIÓN DE UNA SONDA ALIMENTARIA

ANTONIO PÉREZ LOZANO

1 Introducción

La colocación de una sonda de alimentación mediante rayos, también se le conoce como una sonda de alimentación guiada radiológicamente, es un procedimiento que usa la guía radiográfica para colocar una sonda o sondas de alimentación en el tracto gastrointestinal de un paciente. Este procedimiento se realiza cuando los pacientes no pueden tomar alimentos por vía oral debido a disfagia, enfermedad neuromuscular, cirugía o condiciones médicas que limiten la absorción adecuada de nutrientes. Durante el uso de la sonda de alimentación de rayos se utiliza fluoroscopia, una tecnología de imágenes en tiempo real, para poder guiar la sonda hacia el estómago o el intestino. Se inserta un tubo delgado y flexible mediante la nariz o la boca del paciente y se avanza hacia el tracto gastrointestinal. La fluoroscopia da imágenes en tiempo real que permiten al médico o al radiólogo visualizar la posición y el avance de la sonda para asegurarse que esté bien colocada.

Este tubo se puede utilizar para administrar nutrición líquida, suplementos nutricionales especiales, medicamentos y para el vaciado del contenido del estómago

,si fuese necesario. El procedimiento es seguro y bajo la supervisión de un radiólogo o técnico superior en imagen y diagnóstico (TSID) se realiza perfectamente.

2 Objetivos

El objetivo principal es describir la labor del técnico superior en imagen para el diagnóstico en la inserción de la sonda de alimentación en un paciente que se encuentra encamado.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los TSID realizan un labor fundamental a la hora de colocar las sondas de alimentación. Estas características son imprescindibles para poder garantizar la seguridad del paciente, ayudar a los médicos durante los procedimientos y apoyar a los pacientes.

Algunas de las funciones principales del radiólogo al colocar la sonda de alimentación son:

- Preparación del equipo: el TSID es responsable de preparar y garantizar el funcionamiento correcto del equipo de imágenes radiográficas usado durante la colocación de la sonda de alimentación. Esto incluye la calibración de equipos, la verificación de la calidad de la imagen y el suministro de los consumibles necesarios tales como los tubos de alimentación, cables y jeringas.
- Preparación del paciente: antes del procedimiento, el TSID prepara al paciente para la colocación de una sonda de alimentación. Esto puede incluir guiar al paciente mediante procedimientos, responder a las preguntas e inquietudes del paciente y garantizar que se cumplan los requisitos de preparación, como ayuno o retirada de anticoagulantes

-Asistencia durante el procedimiento: los TSID trabajan en estrecha colaboración con médicos o especialistas en radiología intervencionista para colocar sondas de alimentación. Se inserta un tubo a través de la nariz o la boca del paciente para ayudarlo a avanzar hacia el tracto digestivo. El TSID se asegura de que se siga la técnica aséptica correcta y de que la sonda se coloque de forma precisa y segura.

-Operación de la máquina de imágenes: el TSID opera la máquina de imágenes radiográficas usada para guiar la colocación de la sonda de alimentación. Los parámetros del dispositivo deben ajustarse para la obtención de imágenes claras y precisas que permitan la visualización y el seguimiento de la sonda durante el procedimiento. Los facultativos radiólogos son responsables de reducir la exposición a la radiación.

5 Discusión-Conclusión

La empatía de un TSID por un paciente que está siendo alimentado con una sonda de alimentación es fundamental, debido a que una actitud empática significa entender y responder a las necesidades emocionales que tiene el paciente y proporcionarle apoyo y tranquilidad durante el procedimiento. El técnico superior en imagen y diagnóstico debe escuchar atentamente al paciente y mostrar comprensión y empatía por las preocupaciones del paciente. Además, es fundamental comunicarse de manera clara y respetuosa, guiar el procedimiento paso a paso, responder las preguntas e inquietudes del paciente y asegurarse de que el paciente se sienta cómodo y confiado al insertar el tubo. La empatía del radiólogo ayuda a crear un ambiente de confianza en el que los pacientes se sientan apoyados y cuidados durante todo el proceso.

6 Bibliografía

1. De Este Número Más Revistas Búsqueda, Í., Mexicana De Cirugía, A., & Luis, A. (n.d.). Otras secciones de este sitio. Medigraphic.com. Retrieved October 11, 2023, from <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2004/cc042b.pdf>.
2. Inicio. (2021, September 16). Evidencia en Cuidados. <https://evidenciaencuidados.isciii.es>.
3. Malik, Z. (n.d.). Cómo insertar una sonda nasogástrica. Manual MSD versión para profesionales. Retrieved October 11, 2023, from <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-gastrointestinales/cómo-hacer-procedimientos-gastrointestinales-básicos/cómo-insertar-una-sonda-nasogástrica>.

Capítulo 342

TIRAS DE ORINA Y SU USO EN LABORATORIO DE URGENCIAS

RAQUEL MORENO GONZÁLEZ

1 Introducción

El sistema urinario trabaja en los procesos excretores del cuerpo, pero también tiene otras dos funciones igualmente importantes; la producción de hormonas y la regulación del medio líquido interno a través del equilibrio ácido-base e hidroelectrico.

Así, el análisis de la orina, nos aporta importante información sobre estas tres funciones y el estado del paciente en cualquiera de estos aspectos.

Las tiras reactivas son una tira de plástico o papel en la que se alinean una serie de almohadillas impregnadas en sustancias químicas deshidratadas. Al contacto con la orina se hidratan y propician reacciones químicas en cada almohadilla que gracias a los cambios de color nos dan una aproximación cuantitativa de la presencia de dicha reacción. Una gráfica de colores nos permite clasificar los resultados de nuestro análisis desde negativos hasta positivos según unos rangos de concentración. Así se suele simplificar el resultado positivo añadiendo cruces según la cantidad de sustancia encontrada en la orina. En el caso de la densidad y el pH el resultado se da en datos numéricos.

Esto permite que de forma rápida se llame la atención sobre aquellos aspectos en los que la muestra resulta positiva, los analitos destacables para que el facultativo pueda emitir diagnóstico o decida añadir pruebas complementarias.

2 Objetivos

En éste capítulo vamos a profundizar en el estudio analítico de la orina con tiras reactivas, que suponen la forma más rápida y urgente de conseguir una idea general acerca del estado de los riñones en el paciente que llega a urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos revisado bibliografía, tanto en libros, como cursos y recursos encontrados online de páginas debidamente contrastadas. También manuales y procedimientos de procesamiento en laboratorios de orina y de urgencias, de hospitales que ofrecen online dichos documentos.

4 Resultados

A continuación vamos a comentar los analitos que suele incluir la tira de orina. Densidad, sirve para evaluar la capacidad de concentración urinaria del riñón. Los valores normales varían entre 1,016 y 1,022. Debido a la presencia de algunas sustancias este valor puede verse alterado, por esto, según cómo esté el análisis de sangre del paciente, es posible que el médico o el facultativo analista prefiera la determinación de la osmolalidad de la orina.

El pH, mide la concentración de hidrogeniones libres en orina, esto forma parte de la función de regulación de equilibrio ácido-base de los riñones. Su valor normal es de 6,5, valores superiores indican orina básica y suele ocurrir en cuadros que incluyen vómitos, diarrea o hiperventilación. Los valores inferiores significan orina ácida, y suelen indicar diabetes Mellitus, cetoacidosis o inanición.

La Glucosa es una sustancia que no debe aparecer en orina en condiciones normales, medimos su presencia por su utilidad en el seguimiento de los pacientes diabéticos.

Cuerpos cetónicos, son productos de un metabolismo graso incompleto, su presencia indica acidosis. Aparecen en orina cuando sucede un ayuno prolongado, una sobrecarga de lípidos en la dieta, una sobredosis de insulina en un paciente diabético.

Hemoglobina y mioglobina, son sustancias procedentes de la descomposición o ruptura de hematíes y del músculo respectivamente. Suele aparecer a consecuencia de un ejercicio intenso. También puede aparecer en cuadros de infección urinaria por bacterias.

Bilirrubina, es un pigmento biliar producto de la degradación de la hemoglobina en el bazo, el hígado y la médula ósea. Su presencia en orina indica alteraciones en la función del hígado y los conductos biliares, como ictericia o anemia. Su valor en condiciones normales no debe subir de 0,02 mg/dl.

Urobilinógeno, producto de la metabolización de la bilirrubina, se excreta a través de la orina y las heces, su concentración normal varía entre 0,5 y 2,5mg/24h. Su aumento puede indicar alteraciones hepáticas o intoxicación.

Proteínas, en situación normal no deben aparecer en orina, pero su presencia puede deberse a situaciones no patológicas: como ejercicio, deshidratación, contaminación por menstruación,... La mayoría de los positivos en proteínas en orina de urgencias sugieren infección de vías urinarias. Si hay sospecha de enfermedad nefrítica y siempre que el resultado sea positivo debe añadirse una determinación cuantitativa en orina de 24 horas.

Hematuria, la tira reactiva cambia de color pero será necesario un estudio del sedimento para determinar si hay eritrocitos completos o sólo hemoglobina. Es común contaminaciones por menstruación, por ello su presencia debe valorarse en conjunto con el resto de información disponible del paciente y en su caso el facultativo solicita pruebas complementarias.

Leucocitos. Su presencia se conoce como piuria y suele indicar la presencia de una infección urinaria. En ese caso también debe realizarse una lectura conjunta de más valores y en su caso añadir pruebas complementarias como cultivo urinario.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido comprobar con sólo unas pinceladas de conocimiento acerca de las tiras reactivas de orina, éstas suponen una fuente de conocimiento del estado general de un paciente, de forma rápida y económica. Proporcionan una valiosa información para que el médico, junto con el facultativo analista, puedan continuar el estudio analítico del paciente según avancen las sospechas en una u otra enfermedad u órgano afectado.

Algunas de estas sospechas que pueden darse en una situación de urgencias pueden suponer una diferencia importante acerca de la gravedad que llegue a alcanzar la enfermedad, en las cuales el tiempo de diagnóstico es importante. Desde una situación sencilla de manejar como una infección, hasta cuestiones más apremiantes como cálculos biliares o acidosis o alcalosis metabólica.

6 Bibliografía

1. Paul H. Chung, MD, Pruebas de función renal. Sidney Kimmel Medical College, Thomas Jefferson University. Manual MSD, Modificado mayo 2022.
2. Dra María de Carmen Laso. Interpretación del análisis de orina. Arch.argent.pediatr 2002.
3. Graff L.S. Análisis de orina, México, Panamericana 1987

Capítulo 343

LAS COMPETENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

NAROA MARIA VILLANUEVA LOPEZ

LORENA COBO GONZÁLEZ

1 Introducción

El área de urgencias de un hospital es aquel donde se presta asistencia sanitaria a todo aquel paciente que lo precise de manera inminente. No es necesario tener cita previa y se atiende durante las 24 horas del día.

Según la organización mundial de la salud (OMS) se define emergencia como la circunstancia de actuación inmediata para salvar la vida de una o varias personas. Se precisa una actuación coordinada.

Se define urgencia como una situación que necesita asistencia de manera inmediata. Dicha situación no pone en peligro la vida de la persona, pero si se debe abordar en un tiempo no superior a las 48 horas.

No se atiende por orden de llegada. Se le realiza un triaje para determinar según la gravedad a quién se asiste antes.

La palabra triaje procede del término francés “trier”, el cual se empezó a usar en los conflictos napoleónicos, como método de selección y clasificación en el cuidado urgente de pacientes.

La utilización del triaje es esencial para el buen funcionamiento del área de urgencias, asignando a cada paciente un color, siendo el rojo para la atención inmediata, naranja entre 10-15min, amarillo 60min, verde 2h, y azul 4h, este último calificado como no urgencia.

2 Objetivos

- Conocer las competencias del Tcae en el servicio de urgencias.
- Identificar las distintas áreas de urgencia dentro de un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

Entre las funciones más importantes del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), se encuentra detectar las necesidades del paciente, mostrarse empático, respetuoso, protegiendo su intimidad y discreto. Se deben poseer habilidades comunicativas y saber trabajar en equipo, entre otras... Entre las funciones específicas dentro del área de urgencias se encuentra, asistir a la enfermera en lo que se precise, control de las constantes vitales, cumplimentar documentación oficial, ayudar en la correcta administración de la medicación por las distintas vías, procurar una correcta higiene del paciente y de los equipos hospitalarios, gestionar las distintas muestras solicitadas (sangre, heces, orina...), solventar las dudas a familiares y pacientes en lo relativo a la operatividad del hospital sin llegar a dar ningún tipo de información sobre el cuadro médico del paciente, preparación del paciente para la exploración médica, guardar y custodiar debidamente las pertenencias del paciente, recibir al paciente tras su paso por el triaje acomodando en el lugar asignado prestándole asistencia para vestirse y desvestirse si fuese necesario, observando en todo momento el estado global del paciente.

El Tcae debe actuar con base en los protocolos para el trato de pacientes en la unidad de urgencias. Revisará la operatividad de los aparatos, vigilará tanto el almacén como la lencería ocupándose de reabastecer el material que se precise. Se ofrecerá agua o comida al paciente si fuese preciso.

Dentro del área de urgencias hospitalarias se diferencian diversas zonas en función del servicio prestado, entre las cuales se encuentran:

- La entrada: Estancia por la que todos los pacientes deben pasar para acceder a las distintas áreas.
- El paso intermedio: Se ubica entre las consultas, la recepción y el área de pruebas.
- La zona del triaje es una sala donde se valorara inicialmente al paciente.
- Sala de emergencias: También conocida como “de reanimación”, área dirigida para el tratamiento de pacientes con parada cardiorrespiratoria o pacientes muy desestabilizados.
- Control de enfermería: Estancia intermedia donde se encuentra el equipo de enfermería. Su ocupación se dirige a la supervisión del paciente y el equipo médico tomará las decisiones pertinentes.
- Sala de observación: En ella se encuentran los pacientes encamados, ingresados por un periodo inferior a 24 horas.
- UCI (Unidad de cuidados intensivos): Área en la que se encuentran los pacientes más críticos, aquellos que necesitan una atención más exhaustiva.
- Ambulancias: Vehículos que transportan a los pacientes hacia el hospital. Existen dos tipos: Soporte vital básico (SVB) y Unidad de soporte vital avanzado (UVI móvil).

5 Discusión-Conclusión

Las funciones desarrolladas por el Tcae en las distintas áreas de urgencias de un hospital son necesarias para el correcto funcionamiento de las mismas. Este se deberá coordinar con el resto del equipo, tanto de enfermería como médico, celadores, auxiliares administrativos y personal de limpieza...) para dar un correcto servicio al paciente. Debe mostrarse empático, discreto, delicado, amable, poseer habilidades comunicativas, ser profesional, saber trabajar en equipo, mostrando una comunicación fluida entre los distintos miembros. Este también debe conocer en profundidad las distintas áreas de las que consta el servicio de urgencias y que finalidad tiene cada una de ellas.

6 Bibliografía

1. Funciones del Tcae en el servicio de urgencias (Internet) (Citado 3 Sept. 23). Disponible en <http://revistasanitariadeinvestigación.com>
2. Funciones del Tcae en el servicio de urgencias. Editorial Ocronos (Internet) (Citado 3 Sept. 23). Disponible en <http://revistamedica.com>
3. Triage. (Internet) (Citado 3 Sept. 23). Disponible en <http://wikipedia.org/wiki/triage>.
4. Qué diferencia hay entre urgencia y emergencia (Internet) (Citado 3 Sept. 23). Disponible en <http://elmundo.es>
5. Urgencias hospitalarias (Internet) (Citado 3 Sept. 23). Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Urgencias_hospitalarias

Capítulo 344

PORT-A-CATH, PROCEDIMIENTO EN INTERVENCIONISMO VASCULAR

ALBA BRISA RAMÍREZ

ALICIA BALLESTEROS AMORES

CLAUDIA BUJÁN GRANADOS

MARIA PANIZO CORCHERO

TAMARA RUIZ MADEJON

1 Introducción

El tratamiento de la quimioterapia intravenosa provoca daños irreversibles en las paredes de los pequeños y grandes vasos. Esta es la razón por la que los dispositivos venosos centrales de media y larga duración (más de 3 meses) son esenciales para administrar fármacos quimioterápicos en pacientes oncológicos así como también para extracciones sanguíneas para analíticas.

Este sistema es más aceptable a nivel estético en comparación con los catéteres externos, tiene menos riesgo de infección o de fugas y necesita menos cuidados de enfermería, por lo tanto se permite usarlo en tratamiento extrahospitalario.

Fue en 1982 cuando Niederhuber diseñó un sistema completamente implantable, actualmente conocido como reservorio subcutáneo venoso o Catéter Port-a-Cath® siendo este dispositivo el más utilizado en la actualidad en casi todos los hospitales.

El procedimiento de colocación del reservorio subcutáneo se realiza en una sala de intervencionismo vascular, siendo el radiólogo vascular el profesional sanitario responsable de su colocación (también lo realizan los cirujanos generales pero con otra técnica). Para dicha intervención es necesario el uso de materiales específicos y el apoyo de un ecógrafo para iniciar la canalización venosa. Durante la colocación del reservorio es necesario el uso de rayos x (fluoroscopia). Es un procedimiento muy estandarizado y pocas son las complicaciones.

2 Objetivos

- Explicar los pasos para la colocación del Port-a-Cath en una sala de intervencionismo vascular.
- Comprender el funcionamiento del reservorio subcutáneo.
- Conocer las utilidades del dispositivo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 reservorio subcutáneo es un dispositivo a través del cual se administran fármacos quimioterápicos. Está constituido por dos componentes: un catéter de silicona cuyo extremo distal se sitúa entre la unión de la vena cava superior con la aurícula derecha. La parte proximal del dispositivo se inserta en un bolsillo subcutáneo y consta de una membrana de silicona con autosellado en una pequeña cámara de titanio. Esta parte proximal del dispositivo se posiciona en la pared anterior del tórax, proporcionando un acceso sencillo, seguro y permanente al sistema vascular.

Mediante el ecógrafo localizamos la vena yugular y se introduce una guía metálica hasta la vena cava superior. Posteriormente se introduce un dilatador

que permite colocar el catéter hasta su posición central. A continuación se diseña el bolsillo subcutáneo en el que se sitúa la cámara de titanio. El uso de la fluoroscopia es indispensable para el procedimiento.

Los tratamientos con fármacos quimioterápicos se introducen en el sistema sanguíneo a través del reservorio subcutáneo, insertando una aguja Huber en la cápsula de titanio se introduce el fármaco de manera segura y sin tener que volver a coger una vía en el brazo, sometiendo así las venas a más punciones. De la misma manera se procede cuando es necesario sacar sangre para una analítica.

La tasa de éxito se encuentra entre el 99% y el 100% (según los datos) con una tasa del 0% de complicaciones de la colocación (hemorragia, neumotórax).

Una de las principales ventajas de la colocación del reservorio es la reducción significativa de las complicaciones relacionadas por las continuas venopunciones: irritaciones, infecciones, flebitis, etc.

Según los pacientes oncológicos se trata de un sistema de acceso al tratamiento más cómodo y con menor impacto estético.

5 Discusión-Conclusión

El implante percutáneo de dispositivos venosos centrales de larga duración es un procedimiento seguro y tolerable. Se realiza diariamente en muchas salas de intervencionismo vascular.

Es el procedimiento de elección para tratamientos de media-larga duración en pacientes oncológicos ya que evita que haya deterioro de los vasos por la toxicidad de los fármacos de la quimioterapia.

Es casi indoloro y tiene muy pocas probabilidades de complicaciones por la implantación.

Influye directamente sobre la calidad de vida del paciente oncológico, evitando así más punciones para analíticas u otras pruebas a parte del tratamiento oncológico.

Es el más cómodo y aceptado por los pacientes oncológicos.

6 Bibliografía

1. Capaccioli L, Nistri M, Distante V, Rontini M, Manetti A, Stecco A. Posizionamento e gestione dei sistemi per accesso venoso centrale a lungo termine: contributo della diagnostica per immagini [Insertion and management of long-term

central venous devices: role of radiologic imaging techniques]. Radiol Med. 1998 Oct;96(4):369-74. Italian. PMID: 9972217.

2. Álvarez Rodríguez JA, López González A, Álvarez Rodríguez L, Alonso Arévalo A. Catéteres venosos centrales con reservorio subcutáneo de implantación braquial [Central Venous Catheters with Subcutaneous Reservoir with Implementation Braquial: An Alternative to Consider]. Rev Enferm. 2017 Jan;40(1):48-54. Spanish. PMID: 30260163.

3. Díaz Martín M, G Castañeda J. Acceso venoso central con repertorio subcutáneo: calidad de vida en pacientes portadores. Universidad de La Laguna, Facultad de Ciencias de la Salud. 2020. Disponible en: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/20253>.

Capítulo 345

INTRODUCCIÓN A LA ECOGRAFÍA Y ULTRASONIDOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA

SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO

BEATRIZ MURILLO MUÑOZ

1 Introducción

La ecografía es una técnica diagnóstica que no emplea radiaciones ionizantes, permite obtener imágenes a partir de los valores de atenuación negativa y el grado de reflexión de las ondas ultrasónicas. Los ultrasonidos son ondas longitudinales con una frecuencia superior a los 20.000 Hz. Necesitan un medio material para propagarse por el espacio, ya que no se propagan en el vacío. Se utilizan en diversos campos de la medicina con finalidad diagnóstica, terapéutica y para la destrucción de tejidos.

En diagnóstico se utiliza un rango de frecuencias comprendidas entre 1 y 15 MHz, lo que conlleva unas longitudes de onda de entre 1,5 y 0,1 mm. La atenuación de la onda ultrasónica se produce debido a la reflexión y difusión en las superficies de cambio de medio. La intensidad de sonido es igual a la energía dividida por superficie y tiempo y se mide en W/m². La audición humana tiene una percepción no lineal de la intensidad de sonido. De este modo, un sonido con el doble de intensidad no se percibe el doble de fuerte. El rango de intensidades sonoras audibles

para el ser humano está comprendido entre: 10-12 W/m² (Umbral de audición) y 100 W/m² (Umbral del dolor). Debido a la gran cantidad de intensidades a las que el oído humano es sensible, se utiliza la escala decibélica, una escala logarítmica que permite describir el nivel de intensidad (β), medido en decibelios (dB).

2 Objetivos

- Definir el funcionamiento de la ecografía como técnica diagnóstica
- Explicar qué son los ultrasonidos y las bases físicas de su funcionamiento

3 Metodología

En la elaboración del presente capítulo se han revisado una serie de fuentes bibliográficas que consisten en libros formativos sobre el tema tratado. Se han encontrado mediante diversas búsquedas relacionadas con el tema expuesto. Tras la revisión se ha redactado la información más relevante.

4 Resultados

La atenuación de la onda ultrasónica es debida a la pérdida o absorción de intensidad (también de amplitud y energía) de la onda como consecuencia de la interacción de la onda con el medio material que atraviesa. Podemos suponer que este proceso sigue una ley de decrecimiento exponencial. El coeficiente de atenuación (k' o α), medido en dB/cm, indica la atenuación por unidad de longitud para cada tejido y frecuencia del ultrasonido. Por lo tanto, la atenuación de una onda depende del tejido y de las características de dicha onda.

Cuanto mayor sea la frecuencia, mayor será la atenuación de la onda en el tejido. Esto se debe a que, al haber más frecuencia, las moléculas ejercen presión de forma más rápida entre ellas. En cada choque de moléculas se pierde energía y, al haber más choques, se pierde más energía y la onda se atenúa más fácilmente. Es importante saber esto a la hora de manejar un ecógrafo, dado que, cuanto mayor sea la frecuencia, menor será el alcance. Por ejemplo, con 10 MHz solo serán visibles 1 o 2 cm, mientras que con 2 MHz se podrá ver todo el espesor del abdomen del paciente.

En cuanto al tejido, cuanto más denso sea, más fácil será la propagación. Esto se debe a la teoría de las ondas de presión. Las ondas se generan porque las moléculas se presionan unas a otras, de modo que en medios densos hay más

probabilidad de que las moléculas puedan chocar unas con otras, dado que están más juntas.

La atenuación será diferente según el material o el tejido, puesto que la densidad es distinta. Un ejemplo es que el cráneo tendrá una k de 20 dB/cm y el hígado 0,9 dB/cm.

La impedancia acústica varía en función de la velocidad del sonido en el tejido y la densidad del tejido, por lo tanto, según el tejido las impedancias serán diferentes.

5 Discusión-Conclusión

La ecografía es una prueba diagnóstica que utiliza el grado de reflexión de las ondas ultrasónicas y los valores de atenuación negativa para obtener imágenes. Los ultrasonidos son ondas longitudinales con una frecuencia mayor a los 20.000 Hz, que necesitan un medio material para propagarse. El tipo de tejido hará que las ondas se comporten diferente debido a la diferencia del grosor del material atravesado y del parámetro dependiente del tejido. Esta prueba no utiliza radiación ionizante, por lo tanto, no requiere protección radiológica debido a que los niveles energéticos utilizados están muy por debajo de los que podrían causar efectos nocivos. El Técnico en Imagen para el Diagnóstico debe conocer el funcionamiento de la ecografía puesto que puede participar en la realización de la prueba.

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 346

TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES Y TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE FOTÓN ÚNICO

SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO

JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA

BEATRIZ MURILLO MUÑOZ

1 Introducción

El tomógrafo por SPECT (single photon emission computed tomography) es una modificación de una gammacámara que dispone de uno o más cabezales detectores giratorios, lo cual permite la adquisición de proyecciones desde diversos ángulos alrededor de un eje central. A partir de las proyecciones, mediante algoritmos de reconstrucción, se pueden reconstruir los datos y obtener la distribución tridimensional del trazador en el organismo, pudiendo visualizar cortes en cualquier orientación. Por lo tanto, a partir de las imágenes planas de cada proyección se puede obtener una imagen 3D que permita saber en qué punto del espacio está cada brillo de la imagen que corresponde a la localización del isótopo radiactivo.

El tomógrafo PET (positron emission tomography) es un sistema tomográfico específico para obtener imágenes cuando se usan trazadores que incluyen emisores de positrones. Los positrones emitidos por el radioisótopo interactúan con los electrones de los átomos que componen las moléculas tisulares. La colisión positrón-electrón supone el aniquilamiento de sus masas y la aparición de un par

de fotones de 511 electronvoltio o keV con una dirección prácticamente igual y sentido contrario. Estos fotones interactúan con dos detectores opuestos del tomógrafo. La detección coincidente de numerosos pares de estos fotones permite hacer la reconstrucción de la distribución volumétrica del trazador en los tejidos en los que se haya incorporado.

2 Objetivos

- Definir la Tomografía por Emisión de Fotón Único o SPECT
- Definir la Tomografía de Emisión de Positrones
- Describir el funcionamiento de las pruebas

3 Metodología

Para realizar el capítulo expuesto se ha llevado a cabo una búsqueda, en los principales buscadores como Pubmed, de los conceptos a tratar como 'imágenes de PET' o 'tomografía por emisión de fotón único' para encontrar artículos sobre el tema actual. Tras la revisión de los documentos se ha procedido a la redacción.

4 Resultados

La SPECT permite obtener una imagen topográfica en 3 dimensiones de los órganos y su metabolismo. El tomógrafo utiliza cámaras (gammacámaras, detectores de escintilación) que rotan alrededor del paciente y van captando radiación γ , de modo que adquieren imágenes en ángulos definidos (cada 3-6°) hasta rotar por completo. La obtención se realiza cada 15-20 segundos, de modo que todo el estudio acostumbra a realizarse en unos 15- 20 minutos. Se usan 2 o 3 gammacámaras para aumentar la eficiencia y disminuir la duración. Se van registrando las imágenes a medida que se modifica el ángulo, dando lugar al sinograma.

El PET muestra una información funcional. Presenta mucha más resolución que las imágenes de SPECT, a pesar de que aporta una escasa información anatómica. Afortunadamente, el PET se puede combinar con otras imágenes con información estructural, como es el caso de la tomografía computarizada (PET/CT). La imagen PET aporta información sobre el metabolismo y la de la TC sobre la estructura. En el PET los trazadores utilizados son producidos en el ciclotrón (un acelerador de partículas empleado para la formación de radionucleidos o isótopos radiactivos emisores de positrones), unidos a portadores biológicos. Se emplea un isó-

topo inestable que sea emisor de positrones. El isótopo emite un positrón. Este pierde energía a medida que avanza, ya que es una partícula con carga. De este modo, realiza un recorrido de entre 1 y 3 mm. Cuando ha perdido bastante energía, su probabilidad de interacción es mayor. El positrón se encuentra con un electrón, de manera que se aniquilan, emitiendo dos fotones con la misma dirección, pero sentidos opuestos. La masa de las partículas se convierte en energía. Por ello, la energía de los fotones resultantes es de 511 keV.

5 Discusión-Conclusión

Las pruebas de Tomografía por Emisión de Positrones o PET y Tomografía por Emisión de Fotón Único o SPECT son pruebas diagnósticas que utilizan radiación de diferentes formas para generar imágenes. En la PET se utiliza un sistema tomográfico específico mediante trazadores, mientras que la SPECT consiste en la modificación de una gamma cámara. Cada prueba está indicada para diferentes situaciones y ambas utilizan radiaciones ionizantes, por lo que la protección radiológica también debe conocerse. El Técnico en Imagen para el Diagnóstico debe poseer conocimientos del funcionamiento de las pruebas, los equipos que utilizan y los diferentes protocolos de cada una.

6 Bibliografía

1. Radiologic science for technologists: physics, biology, and protection. Stewart Carlyle Bushong (10th ed. Elsevier Mosby, 2013)
2. Manual de radiología para técnicos: física, biología y protección radiológica. Stewart C. Bushong: (9a edición Elsevier, 2010)

Capítulo 347

APLICACIONES DE LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES, DOSIMETRÍA Y PROTECCIÓN

SANDRA BLÁZQUEZ CABALLERO

BEATRIZ MURILLO MUÑOZ

JOSE ANTONIO CAYUELA PEÑALTA

1 Introducción

La Tomografía por Emisión de Positrones o PET tiene diferentes aplicaciones que pueden utilizarse en diagnóstico por imagen. Además, hay que tener en cuenta la dosimetría y protección siempre que se usan equipos o sustancias que producen radiaciones ionizantes. La tomografía por emisión de positrones (PET) emplea fotones muy penetrantes. Por eso se debe vigilar la dosis que reciben el trabajador y el paciente.

La PET se puede utilizar junto a la Tomografía Axial Computerizada (PET-TAC) o con Resonancia Magnética (PET-RM), son distintas uniones de la PET con otras técnicas que permiten distinguir tejidos de forma diferente a la PET de manera individual.

Es muy común emplear el PET y la tomografía computerizada (TC) de manera conjunta. Se unen ambas imágenes y se superponen, de modo que la TC permite localizar los puntos brillantes del PET (donde se han producido las desintegraciones) en la región anatómica del paciente. En el PET se usa el mismo eje que

emplea la TC para hacer todo el proceso de reconstrucción de la imagen. Como pertenece al mismo equipo, la información se unifica rápidamente.

La resonancia magnética también se puede unir al PET, dado que ofrece una gran calidad de las regiones anatómicas del paciente. Además, permite una mejor distinción de los tejidos blandos que las técnicas radiológicas.

2 Objetivos

- Definir en que consisten la PET-TAC y la PET-RM.
- Explicar las aplicaciones clínicas de la Tomografía por Emisión de Positrones o PET.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 procedimiento para la realización de un PET-TAC consiste en:

1. Se obtiene una exploración previa de rastreo con el equipo de TC.
2. Se realiza el estudio completo de TC.
3. Se desplaza el paciente hacia el interior del equipo y se obtiene la imagen de PET.

Las imágenes de tomografía computarizada no aportan información funcional, pero tienen una gran resolución espacial y rango dinámico que incluye desde el tejido pulmonar hasta el óseo. Al fusionar ambas técnicas (PET-TAC), se combina la información fisiológica o funcional con el detalle anatómico, obteniendo un registro anatómico muy preciso y una exactitud diagnóstica mejor que la de las técnicas PET o TC por separado.

El uso de PET-TAC es muy útil en radioterapia. Se emplea para las pruebas diagnósticas y también se hace un TC de planificación (antes de tratar al paciente se hace un TC, normalmente sin PET, de modo que hay que fusionarlos posteri-

ormente, para asegurar que se irradia la región que se quiere tratar). El uso de PET-RM es útil, por ejemplo, para estudiar la actividad metabólica cerebral.

Entre las aplicaciones clínicas encontramos:

- Oncología (85%):
 - Distinción entre una enfermedad benigna y una maligna.
 - Determinación del estadio de la enfermedad.
 - Seguimiento de la respuesta del tratamiento.
 - Planificación del tratamiento de radioterapia.
- Neurología (10%):
 - Se emplea junto con imágenes de RM para estudiar la actividad cerebral.
 - Se puede usar para estudiar el Alzheimer.
- Cardiología (5%):
 - Permite estudiar el flujo sanguíneo, pues en la sangre hay más concentración del isótopo inyectado al paciente.

En cuanto a la dosimetría y protección, la PET emplea fotones muy penetrantes. Por eso se debe vigilar la dosis que reciben el trabajador y el paciente. Además, hay que controlar la dosis que llega a áreas adyacentes, por lo que tiene mucha importancia el diseño de la instalación. En las gammacámaras, el isótopo radiactivo que más se usa es el tecnecio, que emite fotones de 140 keV de energía. La diferencia en PET es que los fotones que salen del paciente son de 511 keV, lo cual implica una mayor dosis y penetración.

5 Discusión-Conclusión

La PET o Tomografía por Emisión de Positrones puede combinarse con la Tomografía Computarizada o TC y la Resonancia Magnética, permitiendo obtener imágenes diferentes a las que se obtendrían realizando estas técnicas por separado. Esto permite diferenciar mejor los tejidos del paciente que se quieren observar. Estas técnicas utilizan radiaciones ionizantes, por lo que la protección radiológica y la dosimetría son fundamentales a la hora de llevarlas a cabo. Hay multitud de aplicaciones clínicas respecto a estas pruebas, por lo que serán de gran utilidad en el diagnóstico y tratamiento o seguimiento de este. El técnico debe estar formado en las diversas pruebas.

6 Bibliografía

1. Computed tomography: principles, design, artifacts and recent advances. Hsieh, Jiang (Bellingham, Washington: SPIE Press, cop. Edición 2003, 2009).

2. Physics of radiology. Anthony Brinton Wolbarst (2nd ed. Medical Physics, cop. 2005).

Capítulo 348

BIOPSIAS DE PIEL POR PARTE DEL TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA DENTRO DEL LABORATORIO

MARÍA DE LOS LLANOS TURÉGAÑO ROMERO

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.

Se revisan métodos apropiados para el procesamiento de material quirúrgico relacionado con lesiones de piel, cuero cabelludo, uñas, etc. con el fin de suministrar una guía de referencia para el manejo de las biopsias recibidas en los laboratorios de anatomía patológica. El adecuado procesamiento de una biopsia es el primer paso que permite brindarle al patólogo un reporte con la información necesaria

para tomar decisiones acertadas y definir mejor el pronóstico de los pacientes. Hay un vacío en el procesamiento del material quirúrgico relacionado con la piel. La mayoría de los laboratorios de anatomía patológica no tienen procedimientos adecuadamente estandarizados que tengan en cuenta las diferentes variables que afectan dicho proceso.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en describir cómo realizar una biopsia de piel en el laboratorio de anatomía patológica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las biopsias de piel se pueden clasificar por: biopsias tipo punch (varios diámetros, para diagnóstico clínico y escisionales, lesiones muy pequeñas), biopsias incisionales (para diagnóstico clínico y diagnóstico de tumores), biopsias escisionales (tumores y tipo afeitado/“shaving”/rebanado).

Las dimensiones se anotan de diferente manera: diámetro si son redondeadas, eje mayor por eje menor en piezas lanceoladas, ovoideas o rectangulares. Se describen las posibles lesiones en la superficie epidérmica: si la localización es central o excéntrica, forma plana, nodular, mamelonada, ulcerada, etc.

Se diferencia de color según si es pigmentada, blanquecina, amarillenta, violácea al igual que el tamaño (si es pequeña en un solo eje y si es mayor de 1 cm en dos o tres dimensiones, se anota la distancia al borde quirúrgico más próximo). Se tintan todos los márgenes.

La inclusión en bloques se realiza según si las piezas son lanceoladas, ovoideas o rectangulares (sin puntos de sutura) con cortes transversales procurando no incluir más de cuatro cortes por bloque y piezas redondeadas o cuadrangulares

(sin puntos de sutura) si son pequeñas, cortes de forma central transversal y si son grandes, cortes en cruz. Las piezas con puntos de sutura realizar cortes en cruz incluyendo tres bloques (uno con cortes transversales y otros dos bloques con los cortes en cruz).

Los punch cutáneos de 4 mm se incluyen íntegros, los de 6 y 8 mm se incluyen seccionados en dos por la mitad, realizando el corte perpendicular a la epidermis (solo se tintan y se describen cuando son punch escisionales para extirpar lesiones o tumores pequeños), los incisionales que tienen como objetivo el diagnóstico para posterior tratamiento o escisión de un tumor o lesión más grande no se tintan ni requieren descripciones minuciosas, salvo la reseña del tamaño del punch. (2).

5 Discusión-Conclusión

Se puede decir que el tallado es una parte fundamental para el desarrollo de la pieza a tratar y que podamos sacarle todo el partido posible, por lo que es una tarea minuciosa.

Parece fácil este proceso, pero requiere mucha atención, rigor en el procedimiento y seguimiento del protocolo de forma adecuada. Hay que tratar con sumo cuidado este tipo de piezas, ya que por sus dimensiones y consistencia se pueden deteriorar con facilidad.

Es importante que el trabajo entre técnico y patólogo fluya de mejor forma posible y las pautas que marque el facultativo sean claras y concisas para que se dé un trabajo satisfactorio entre ambas partes.

6 Bibliografía

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

2. <http://revistamedica.com>.

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

Capítulo 349

EL PERSONAL DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y LA FIJACIÓN TISULAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ISABEL PONTÓN ALLENDE

MARÍA DE LOS LLANOS TURÉGAÑO 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.

Podemos definir fijación tisular como el procedimiento mediante el cual se detiene el proceso de degradación y putrefacción del tejido, manteniendo su arquitectura y propiedades lo más parecidas posible a su estado dentro del organismo vivo.

La correcta fijación del tejido es de suma importancia, ya que una muestra con defectos de fijación sería inútil de estudiar y teniendo en cuenta que este problema no podrá ser corregido.

No existe un fijador universal, depende del tipo de biopsia, pero podemos afirmar que el más utilizado es el formol al 10% tamponado con acetato sódico.

2 Objetivos

- Analizar detalladamente los pasos a seguir para una correcta fijación tisular.
- Concienciar de la importancia de una correcta fijación tisular a la hora de dar un diagnóstico certero.

3 Metodología

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

4 Resultados

El proceso de fijación comienza desde la recepción de la muestra, la gran mayoría llegan en solución fijadora, normalmente formaldehído.

Existen dos tipos fundamentales de fijación según el tipo de estudio que se vaya a realizar:

- Fijación histológica, en el que el principal objetivo es mantener la arquitectura y estructura tisular.
- Fijación histoquímica, en la cual trataremos de mantener la composición molecular y bioquímica lo más intacta posible.

En cuanto a los tipos de fijadores caben destacar los siguientes:

- Fijadores por métodos químicos, dentro de los cuales también encontraremos diferentes tipos:
 - . Por deshidratación tisular, como por ejemplo, el alcohol etílico o la acetona.
 - . Por cambios en el estado coloidal de las proteínas, como el ácido acético o el ácido crómico.
 - . Los que actúan por formación de sales con los tejidos, como el cloruro mercurico o el ácido pícrico.
 - . Los que actúan por reticularización de las proteínas, como el formaldehído, el más común y barato de los fijadores.
- Fijadores por métodos físicos, como la congelación, que consiste en el uso del frío como método para detener la putrefacción del tejido.

Para que un fijador sea el adecuado, debe cumplir unas características fundamentales:

- Ser capaz de detener el proceso de muerte del tejido, cuanto mayor sea su poder, mejor fijación tisular.
- Impedir la actuación de las bacterias en el proceso de putrefacción.
- No provocar la aparición de artefactos, como por ejemplo, la retracción tisular.
- Provocar cambios en la textura del tejido que faciliten su inclusión en parafina, su corte y su tinción.
- Para una fijación óptima, debemos colocar el tejido lo más rápidamente en el líquido fijador. Cuanto más fina sea la sección de tejido, mejor y más rápido se va a fijar, aunque existe un tiempo máximo de fijación que no debemos sobrepasar.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que una elección acertada del fijador y del tipo de fijador, es fundamental para obtener unos resultados óptimos, es decir, sin una buena fijación tisular es imposible llegar a un correcto estudio del mismo, o lo que es peor, no poder llegar a hacer ningún tipo de estudio y, por lo tanto, de diagnóstico.

Es conocido el peligro para nuestra salud que conlleva el uso del formaldehído, el fijador más comúnmente utilizado, por lo que sería importante la investigación de otros fijadores de igual o mejor efectividad como medida de protección de la salud de los trabajadores.

6 Bibliografía

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

Capítulo 350

EL PERSONAL HIGIENISTA DENTAL ANTE LA ENFERMEDAD DE BRUXISMO. REVISION BIBLIOGRÁFICA.

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.

La enfermedad bucodental denominada bruxismo suele afectar a jóvenes, adultos o niños, tanto hombres como mujeres, pero suele tener su comienzo entre los 17

y 20 años de edad, aunque puede desaparecer a partir de los 40 años en caso de que el bruxismo sea crónico, pero puede desaparecer en cualquier momento de la vida de la persona que lo presenta. Se dice que esta enfermedad puede ser causado por un nivel elevado de ansiedad, estrés, pero también tiene relación con factores que pueden ser genéticos o algunas enfermedades como la alergia. Esto puede ser el causante de grandes cefaleas, dolores en los músculos mandibulares, en los oídos o llegará a presentar contracturas cervicales.

2 Objetivos

Dar a conocer cuáles son las funciones del higienista bucodental ante una persona que padece bruxismo y cómo poder ayudar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Podemos diferenciar tipos de bruxismo dependiendo de la presentación, intensidad o forma en la que las personas que lo padecen mueven los dientes.

Dependiendo de las formas que tienen las personas que lo padecen de reaccionar los dientes, el bruxismo se puede dividir en dos:

- Céntrico: consiste en el apretamiento, provoca daños en el cuello de las piezas dentales y los premolares suelen ser las piezas más dañadas o afectadas, son muy frecuentes los dolores de cabeza.
- Excéntrico: consiste en el frotamiento de unos dientes contra otros, influye en las caras incisales y oclusales de los dientes.

Dependiendo de la forma de la presentación puedan dividirse en:

- Sueño: tiene lugar durante las horas del sueño de la persona. Son conscientes las otras personas que duermen con este paciente y también el dentista porque

observa el desgaste del esmalte y de la dentina de las piezas dentales. Los episodios de bruxismo suelen ser aproximadamente entre los 17 y 38 minutos durante la noche.

- Vigilia: sucede de forma inconsciente durante la mañana por estrés, ansiedad o nerviosismo causado en el ámbito laboral.

Este tipo de enfermedad debe ser diagnosticado por el personal sanitario como el dentista, al observar lesiones o desgaste en las piezas dentales. Se deben de usar férulas de descarga y otros métodos que sean lo más efectivos posible para evitar en la medida de lo posible que el paciente rechine los dientes lo menos posible.

Algunas funciones del higienista dental pueden ser las siguientes:

- Controlan y previenen las enfermedades.
- Informan sobre hábitos saludables.
- Realizan limpiezas bucodentales.
- Administran documentos de la historia clínica de los pacientes.
- Ayuda al dentista en las funciones que necesite.
- Asegurarse de que todos los equipos estén correctos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se aconseja que para el bruxismo se deben de adquirir unos hábitos saludables de una dieta sana, con ejercicio físico, para que la vida sea lo más calmada y relajada posible, evitando el estrés, ansiedad o nervios para evitar aumentar los niveles de estos tres factores y que la persona no contraiga ningún tipo de problema bucodental y su salud dental sea sana al 100%. Para ello es una buena idea o es recomendable, sesiones relajantes para irse a dormir de forma relajada sin ningún tipo de estrés para que no se produzca el rechinar dental nocturno o diurno.

6 Bibliografía

- <http://es.slideshare.net>.
- <http://revistamedica.com>.
- <http://books.google.es>.

Capítulo 351

EL CÁNCER BUCAL Y LA ACTUACION DEL HIGIENISTA DENTAL. 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 formación profesional de grado superior. La titulación lleva por nombre Técnico Superior en Higiene Bucodental o Técnico especialista en Higiene Bucodental.

El cáncer bucal es un concepto en el ámbito de la medicina que se usa para hablar sobre el crecimiento de una masa maligna situada en el interior de la cavidad

bucal. Esto se presencia como una lesión en el tejido de la cavidad oral o también por metástasis, pero también puede verse en estructuras anatómicas como en orificios nasales.

El tipo de cáncer bucal que suele aparecer es el carcinoma de células escamosas. Suele situarse en los tejidos labiales o linguales, presenciándose en las encías o el paladar. Son de origen maligno y se extienden con gran facilidad.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en: - Identificar los factores de riesgo del cáncer bucal.

- Mostrar las funciones que puede realizar el higienista bucodental ante un paciente con cáncer bucal.

3 Metodología

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

Vamos a comenzar a hablar de los factores de riesgo:

- El consumo de tabaco excesivo, tiene relación con el 75% de los casos diagnosticados de cáncer bucal, provocando la irritación crónica de las membranas mucosas debido al humo de los cigarrillos, los cigarros o de las pipas para fumar. Estos cigarrillos tienen polvos que contienen una gran cantidad de componentes carcinógenos, por lo que la inhalación o el consumo de tabaco provoca la inflamación de las membranas mucosas.

- En cuanto a la alimentación, en muchos países asiáticos se mastican un componente llamado Vettel que actúa como estimulante antiséptico y su función principal es eliminar el mal aliento, pero tiene relación con el desarrollo de cáncer bucal en las personas que predominando sobre todo en la India y en el Reino Unido.

- En cuanto al consumo de alcohol, presenta una mezcla de componentes que también favorecen el desarrollo del cáncer de boca, sobre todo cuando el individuo es fumador y alcohólico.
- El consumo de marihuana hace que la persona puede desarrollar cáncer de cabeza, pero también en el cuello.
- El virus del papiloma humano es el principal factor causante del cáncer bucal y suele ser transmitido de forma sexual, que es frecuentemente en los Estados Unidos.

Deberá de ser diagnosticado por un dentista al observar lesiones a simple vista o tumores en labios, lengua u otros lugares de la boca, también puede causar una úlcera y facilitar el sangrado. Pero para ello se debe de realizar una biopsia para asegurarse de que es cáncer.

El profesional sanitario denominado higienista bucodental debe de encargarse de realizar una buena higiene bucodental y, junto con el dentista, diagnosticar cualquier tipo de enfermedad bucal que este pueda presentar, informándolo de los buenos hábitos que debe de adquirir a la hora en el cuidado bucodental como control con la limpieza y con la dieta.

5 Discusión-Conclusión

La tarea del higienista bucodental es imprescindible para difundir, prevenir, tratar y mantener la salud bucodental entre los pacientes. Además, trabaja de forma coordinada y en colaboración con el odontólogo.

Tras la investigación realizada se destaca la importancia de adquirir unos hábitos saludables guiándonos del profesional sanitario higienista bucodental y también controlando la dieta diaria de lo que ingerimos.

Según se vayan cumpliendo años debemos de realizar las visitas al dentista más frecuentes, no anualmente como hacíamos, debido a que, según va aumentando nuestra edad, más riesgo tenemos de padecer cualquier tipo de enfermedad bucal que nos pueda causar graves problemas de salud en nuestra cavidad oral, provocando grandes efectos negativos y mala salud.

6 Bibliografía

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

Capítulo 352

EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE ECOGRAFÍA

LORENA LOPEZ SÁEZ

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS

LAURA CALERO SÁNCHEZ

1 Introducción

La ecografía se utiliza en diagnóstico obteniendo imágenes a partir de la reflexión de las ondas ultrasónicas. Los ultrasonidos u onda longitudinales con frecuencia mayor a los 20.000 Hz necesitan un medio para propagarse en el espacio. En el diagnóstico se usan las frecuencias entre 1 y 15 MHz. La adquisición de la imagen ecográfica funciona utilizando un gel, un transductor o emisor de ultrasonidos y un transductor que capta la onda reflejada una vez se ha transmitido en el cuerpo del paciente. Una vez se obtiene esta información, se amplifica y se transforma en la imagen.

Es importante en la obtención de la imagen el efecto piezoeléctrico. Los materiales piezoeléctricos están formados por moléculas polarizadas de forma permanente. Al aplicar un voltaje a un material piezoeléctrico, sus moléculas se reorientan, provocando un cambio en su grosor. Se produce una expansión o una contracción, según la colocación de los electrodos positivo y negativo. Cuando en las caras de un elemento de material piezoeléctrico se aplica presión, se genera una diferencia de potencial entre ellas. Si la presión aplicada varía en el tiempo

de forma sinusoidal, se obtiene una variación de potencial que se modifica en el tiempo de la misma forma que la presión. En esto consiste el efecto piezoeléctrico. Por otra parte, si en las caras de un elemento de material piezoeléctrico se aplica una diferencia de potencial alterna, se producen contracciones y expansiones del material de forma periódica, generándose así una onda sónica en el material que se encuentre en contacto con el elemento piezoeléctrico. Este otro fenómeno es conocido como efecto piezoeléctrico inverso y es el mecanismo mediante el cual se producen las ondas ultrasónicas. Si la tensión eléctrica aplicada oscila con frecuencia superior a los 20.000 Hz, la onda sónica producida tendrá una frecuencia que superará los 20 kHz y, por tanto, se habrá obtenido un ultrasonido.

2 Objetivos

- Exponer el funcionamiento del equipo de ecografía
- Enumerar y explicar las partes del equipo
- Definir el efecto piezoeléctrico como fenómeno clave en la generación de los ultrasonidos

3 Metodología

La metodología empleada ha sido en primer lugar la búsqueda de la información necesaria para obtener los conocimientos en la materia. Esta información se ha obtenido de fuentes como libros formativos enfocados a la perspectiva del Técnico. Tras la revisión de esta información se ha procedido a la redacción.

4 Resultados

Hay diferentes partes en el equipo de ecografía:

- La sonda o transductor es un dispositivo que transforma una variable física (como temperatura o presión) en otro tipo de señal, normalmente eléctrica, en ambos sentidos. El transductor de ultrasonidos genera la onda ultrasónica y detecta los ecos reflejados mediante el efecto piezoeléctrico, consistente en la conversión de energía acústica en señales eléctricas, y el piezoeléctrico inverso. Los cristales de cuarzo y la turmalina presentan esta característica de material piezoeléctrico forma natural. Los transductores se componen de diversos cristales de material piezoeléctrico, usualmente, de 64 a 256, que se disponen en forma triangular, cuadrada o en anillos concéntricos. Funcionan en grupo, de manera que al ser

estimulados eléctricamente producen simultáneamente un haz ultrasónico. Las agrupaciones de cristales permiten controlar la focalización del haz. Los cristales reciben corriente eléctrica, de manera que vibran y producen ultrasonidos. Por tanto, en función de cómo estén agrupados (linealmente, formando una curva, etc.), los haces tendrán una forma u otra.

Hay distintos tipos de transductor:

Lineal: emite haces de ultrasonidos paralelos, formando una imagen rectangular. La frecuencia de trabajo oscila entre 7,5-13 MHz y 20 MHz.

Sectorial: emite haces de ultrasonidos radiales, formando una imagen en abanico o de forma triangular. Se emplea para exploraciones cardiacas o abdominales, a frecuencias de 3,5 a 5 MHz.

Convexo. Emite haces radiales con una base más amplia que los sectoriales, formando imágenes trapezoides. Se emplea para exploraciones abdominales generales, con unas frecuencias de entre 3,5 y 5 MHz.

Intracavitario. Para exploraciones intrarrectales o intravaginales, a frecuencias de 5 a 7,5 MHz. Acostumbran a tener frecuencias elevadas, dado que mejora la resolución.

- Unidad de procesamiento: La unidad de procesamiento recoge y analiza la información primaria que ha sido detectada por el transductor. Posteriormente, transforma la información en impulsos eléctricos que pueden ser visualizados en forma de imagen.

El haz ultrasónico tiene también una serie de características como la focalización, los trenes de ondas o haz pulsado, la resolución, el compensador del aumento de tiempo, etcétera.

5 Discusión-Conclusión

La ecografía funciona mediante la unión de las diferentes partes del equipo. Es necesario una sonda o transductor, que es el elemento encargado de generar la onda y detectar el reflejo gracias al efecto piezoeléctrico y una unidad de procesamiento. El efecto piezoeléctrico es debido a los materiales del interior del transductor. Se utiliza un gel debido a que los ultrasonidos u ondas ultrasónicas necesitan un medio material que atravesar. La unidad de procesamiento será la que recogerá la información y la transformará en impulsos eléctricos que se visualizan en una imagen. El Técnico debe conocer el funcionamiento del equipo para llevar a cabo y colaborar en la prueba.

6 Bibliografia

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 353

EL EFECTO DOPPLER EN LA ECOGRAFÍA

LORENA LOPEZ SÁEZ

LAURA CALERO SÁNCHEZ

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS

1 Introducción

Hay dos tipos de instrumentación usados en diagnóstico por ultrasonido:

- Instrumentación pulso-eco. Se emite una onda y se mide cuánto tiempo se tarda en recibir la onda reflejada. En función de ese tiempo, se puede determinar a qué distancia se ha reflejado para reconstruir ciertas imágenes. Presenta modo A, modo B y B de rastreo, modo M y modo en tiempo real.
- Instrumentación Doppler. Utiliza el efecto Doppler, que consiste en el cambio de frecuencia que experimenta una onda cuando el emisor, el receptor o ambos se mueven por el medio de propagación.

El efecto Doppler es el cambio de frecuencia que experimenta una onda cuando el emisor, el receptor o ambos se mueven respecto al medio de propagación. La velocidad de las ondas en un medio es constante, por lo que las ondas se propagan con la misma velocidad en todas las direcciones, no hay adición de la velocidad de las ondas y la del emisor o receptor. Sin embargo, lo que sí puede variar son la frecuencia y la longitud de onda.

Como la velocidad del sonido en el aire es constante, la onda sonora se propaga hacia fuera en todas direcciones con la misma velocidad, con el centro en el punto de emisión. Si el emisor y el receptor están en reposo, la longitud de onda del ultrasonido es el cociente entre la velocidad de propagación y la frecuencia.

2 Objetivos

- Enumerar los tipos de instrumentación utilizados en el diagnóstico a través de los ultrasonidos
- Definir el efecto Doppler y su funcionamiento

3 Metodología

Para llevar a cabo el capítulo expuesto, en primer lugar, se ha realizado una búsqueda de información relacionada con el tema a tratar, los ultrasonidos. Una vez se han definido los conceptos clave, se han seguido los objetivos para desarrollar la redacción.

4 Resultados

El efecto Doppler depende de la velocidad, la propagación de la onda y el centro en el punto de emisión.

Si el emisor se mueve, la siguiente onda de sonido se emite desde un punto más adelantado, es decir, desplazado del punto de emisión inicial, de manera que la distancia entre las crestas de las ondas disminuye en la dirección del movimiento y aumenta en la dirección opuesta. Por lo tanto:

- En dirección del movimiento. Disminuye la longitud de onda y aumenta la frecuencia.
 - En dirección opuesta. Aumenta la longitud de onda y disminuye la frecuencia.
- Cuando el emisor y el receptor se están acercando, la frecuencia aumenta, mientras que cuando se alejan, disminuye.

Se llama frecuencia Doppler (f_D) a la diferencia de frecuencia entre el ultrasonido emitido por el transductor y la frecuencia del eco que se ha producido en el reflector móvil. El modo puede ser continuo o pulsado. Se aplica en la detección y evaluación del flujo sanguíneo en venas y arterias, así como en la monitorización del corazón fetal.

El transductor se coloca en contacto con la piel y el haz de ultrasonidos se dirige hacia el vaso, formando un ángulo α con su eje. Allí rebota en los glóbulos rojos, que se mueven a una velocidad v_r , equivalente a la velocidad de la sangre. De esta forma, se producen ecos que son recogidos por el transductor. Debido al movimiento de los glóbulos rojos, el eco recibido tiene una frecuencia distinta de la emitida.

Esta fórmula solo es aplicable cuando la velocidad del flujo es mucho menor que la del sonido, lo cual suele ocurrir siempre en las exploraciones ecográficas. La frecuencia Doppler (f_D) depende de:

- Frecuencia del haz de ultrasonidos emitido (f_0)
- Velocidad de la sangre (v_r)
- Velocidad del sonido (v_s)
- Ángulo formado por el haz y el eje del vaso (α)

5 Discusión-Conclusión

La ecografía es una técnica diagnóstica que utiliza ultrasonidos para convertirlos en una imagen. Esta técnica puede ser realizada mediante diferentes tipos de instrumentación, siendo una de estas la Instrumentación Doppler, que utiliza el Efecto Doppler. Este efecto se basa en el cambio de frecuencia que sufre la onda cuando el emisor, el receptor o los dos se mueven por el medio de propagación. El efecto Doppler depende de diferentes factores, pudiéndose calcular mediante diferentes fórmulas. El transductor se colocará en contacto con la piel del paciente y los ultrasonidos rebotarán de forma que el transductor recogerá la información.

El Técnico debe conocer el fundamento de la ecografía y manejarla para conseguir la mejor imagen posible para el diagnóstico del paciente.

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 354

CONOCIMIENTOS DEL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN RADIOLOGÍA DE URGENCIAS

LORENA LOPEZ SÁEZ

MARTA GARCÍA SÁNCHEZ

LAURA CALERO SÁNCHEZ

NOELIA GONZÁLEZ-MOHÍNO SOLÍS

1 Introducción

El servicio de urgencias es complejo y tiene un protocolo de intervención. Tras el triaje o clasificación de los pacientes estos serán sometidos a diversas pruebas complementarias tras la orientación clínica.

La situación de los pacientes en el servicio de urgencias se caracterizará por la necesidad de establecer un diagnóstico de forma rápida para indicar un tratamiento adecuado y evitar el deterioro del paciente en el tiempo. La radiología y la obtención una imagen diagnóstica rápida de diferentes partes del paciente, aportará información útil.

En urgencias se atiende a diferentes tipos de paciente con diversas patologías. Un ejemplo es el paciente politraumatizado, que debe ser atendido con rapidez para evitar el desarrollo de un shock. Para esto será importante evaluar las lesiones que sean un peligro inmediato para el paciente e intervenir. Existen diferentes protocolos radiológicos para evaluar a los pacientes. En el caso del paciente

traumatizado será necesario por ejemplo realizar radiografías de la columna cervical, el tórax y la pelvis.

Otro ejemplo de diagnóstico es el neurorradiológico en un ictus isquémico agudo, un tromboembolismo, un paciente con obstrucción intestinal, isquemias, patología aórtica aguda, etcétera.

Es importante que el Técnico esté formado en los protocolos de radiología en el servicio de urgencias para agilizar la atención al paciente y llegar a un diagnóstico de forma rápida y eficaz.

2 Objetivos

- Explicar la importancia del radiodiagnóstico en el servicio de urgencias
- Enumerar diferentes aplicaciones del diagnóstico radiológico necesarias en el servicio y los tipos de paciente que pueden verse

3 Metodología

En la elaboración del capítulo presente se ha realizado, en primer lugar, una búsqueda de bibliografía mediante conceptos como ‘radiodiagnóstico en urgencias’ o ‘radiología en urgencias’, entre otras. Una vez se ha obtenido la bibliografía se ha realizado una revisión de esta y se ha elaborado la redacción.

4 Resultados

Algunos ejemplos del uso de la radiología en urgencias son:

- El paciente politraumatizado: tal y como se ha mencionado, se realizan radiografías de la columna y además se atiende al patrón de las lesiones. En lesiones traumáticas la Tomografía Computarizada tiene una gran sensibilidad y especificidad. Una gran ventaja es la evaluación vascular y de la médula espinal. Pueden detectarse hemorragias activas y observar de forma tridimensional el área de interés. Los parámetros técnicos y protocolos serán importantes, además de configurar los detectores y la colimación. Hay determinados puntos de interés en este tipo de paciente como son el cerebro, la columna, el tórax, el abdomen, el cuello, el retroperitoneo y la búsqueda de fractura pélvica. En determinadas ocasiones específicas como en la sospecha de lesión cerebral la primera prueba de imagen que debe hacerse es la Tomografía Computarizada o TC en esta zona para examinar la base del cráneo y estimar la posibilidad de que haya fractura facial. En

el caso de la columna se ha sustituido el uso de la radiografía simple por el uso de la TC. En pacientes con trauma menor y nivel de conciencia normal se hará radiografía simple, la TC será utilizada en pacientes con politraumatismo en los que la radiografía simple no es suficiente.

- Paciente con tromboembolismo pulmonar: se usa la TC o la radiografía de tórax para la detección de patologías alternativas para descartar el Tromboembolismo pulmonar. Con la TC se visualiza de forma directa el trombo, de forma similar a la arteriografía, pero sin ser invasiva y permitiendo diagnósticos alternativos. Se utiliza una colimación fina (1,5 mm) que evita artefactos de volumen parcial, permitiendo observar con más definición los vasos pequeños.

5 Discusión-Conclusión

Urgencias es un servicio complejo que requiere de una gran organización y rapidez en la actuación para atender al paciente con la mejor calidad posible. La radiología se usa de forma frecuente en el diagnóstico de múltiples pacientes con diferentes patologías, por lo que es fundamental la formación de los profesionales en los diferentes protocolos necesarios. Además, debido a la variabilidad y la cantidad de diferentes pacientes que pueden atenderse, la formación se vuelve aún más importante. El Técnico deberá estar presente en la atención al paciente realizando las pruebas de imagen necesarias. Tanto el trabajo individual como el trabajo en equipo debe ser eficiente para lograr esta eficacia necesaria.

6 Bibliografía

1. La Radiología en Urgencias. Temas de actualidad. Sociedad Española de Radiología Médica.
2. Elliot CG, Goldhaber SZ, Visani L, DeRosa M. Chest radiographs in acute pulmonary embolism. Results from the ICOPER. Chest 2000; 118:33-8.

Capítulo 355

DROGAS DE ABUSO EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS

MARIA LOPEZ HERRERO

1 Introducción

Las drogas de abuso representan un desafío constante en el ámbito médico, particularmente en los servicios de urgencias. Este capítulo aborda la importancia de comprender las implicaciones clínicas y médicas relacionadas con el uso y abuso de sustancias psicoactivas en pacientes que acuden a los servicios de urgencias. El manejo de pacientes que han consumido drogas de abuso es un aspecto crucial de la atención médica de emergencia, y la falta de reconocimiento o un enfoque inadecuado puede tener consecuencias graves.

El laboratorio central tiene como función principal atender todos los exámenes de rutina tanto de pacientes de consulta externa como de pacientes hospitalizados, abarcando desde los estudios pre quirúrgicos, hasta estudios especiales para poder concretar un diagnóstico. El laboratorio de urgencias cuenta con los estudios básicos que le permiten al médico tomar decisiones, en cuanto a cualquier eventualidad que los pacientes pudiesen presentar.

En los últimos años, los laboratorios de urgencias han sufrido una serie de transformaciones que se resumen a continuación. El número de muestras diarias cada día es mayor. Este hecho se debe al aumento de los enfermos atendidos en los Servicios de Urgencia, debido a que acuden para paliar la demora en la consulta con los especialistas y en la realización de pruebas de los servicios centrales como analíticas y pruebas de radiodiagnóstico. Por otro lado, la instauración de tratamientos en patologías graves que deben ser implantadas con rapidez, bien para salvar la vida de los pacientes, bien para evitar secuelas en un futuro, hacen

que los Laboratorios de Urgencias vean incrementada su demanda por aportar datos que ayuden a su diagnóstico y posterior terapia. Los servicios que prestan estos laboratorios han aumentado considerablemente por la aparición de nuevos marcadores con demostrada rentabilidad diagnóstica, así como por la incorporación de técnicas cada vez más rápidas, sencillas y económicas. La implantación de Cirugía ambulatoria, con hospitalización de unas horas, necesita la realización de analíticas inmediatas antes de la misma. Por tanto, es necesario pactar los protocolos con las distintas unidades peticionarias, para diseñar los Servicios que necesite el centro donde está ubicado el Laboratorio de Urgencias y que se realicen las pruebas necesarias para la toma de decisiones clínicas inmediatas, función esencial de un laboratorio de este tipo.

Por otro lado, dado que los fines de semana y días festivos, se unen a las peticiones de urgencias, las que se realizan desde las distintas plantas, puede producirse la saturación del Laboratorio de Urgencias, y lo deseable es lograr disminuir el tiempo de respuesta del laboratorio.

2 Objetivos

- Analizar la prevalencia y las tendencias en el consumo de drogas de abuso entre los pacientes que buscan atención en el servicio de urgencias.
- Evaluar las manifestaciones clínicas y complicaciones médicas asociadas con el uso de drogas de abuso en el entorno de urgencias.
- Describir las técnicas de laboratorio empleadas para la determinación de las principales drogas de abuso.
- Proporcionar orientación sobre la gestión clínica y estrategias de intervención para médicos y profesionales de urgencias en casos relacionados con drogas de abuso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha 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

Una droga de abuso es una sustancia que no se consume con una finalidad terapéutica, que genera una acción sobre el sistema nervioso central (estimulante, depresora o psicotomimética) y que es capaz de producir unos efectos tóxicos y de crear una dependencia psicológica. Además, algunas drogas de abuso tienen una capacidad de generar dependencia física y de desarrollar una tolerancia. Algunas drogas de abuso son también fármacos de uso terapéutico (por ejemplo, los barbitúricos), pero otras carecen de una utilidad médica (por ejemplo, la mescalina). En 2021 se notificaron 6.209 episodios de urgencias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. La situación de pandemia vivida en el país a raíz del SARS-CoV-2 (virus del coronavirus) en 2020 tuvo un impacto en las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, y aunque las sustancias que más episodios de urgencias generaban se mantuvieron, siendo el cannabis, la cocaína y los hipnosedantes, el peso de estas sustancias en urgencias mostró un gran cambio respecto a lo que se venía observando (1). En 2021 se mantuvieron los cambios del 2020, estabilizándose la bajada de urgencias por cocaína y por cannabis y confirmando la subida de las urgencias por hipnosedantes. Añadiendo las urgencias por alcohol e hipnosedantes como sustancias únicas, en 2021 se notificaron 12.476 episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. El alcohol y los hipnosedantes se sitúan como las sustancias que más urgencias generan, por encima de las sustancias ilegales. La mayoría de las urgencias se dan en consumidores habituales y el 47,2% presenta una patología psiquiátrica previa (1).

El abuso de drogas en pacientes que acuden a los servicios de urgencias es un problema creciente. La prevalencia varía según la región y el tipo de sustancia, pero se observa un aumento constante en la presentación de casos relacionados con drogas ilícitas y medicamentos de prescripción. Los síntomas clínicos pueden abarcar desde intoxicaciones agudas hasta complicaciones médicas crónicas, y las sustancias más comúnmente implicadas incluyen el alcohol, opiáceos, cocaína, metanfetaminas y cannabis.

La presentación clínica es diversa, y los médicos de urgencias deben ser capaces de identificar signos y síntomas que sugieran intoxicación o abstinencia de sustancias. Esto incluye alteraciones del estado mental, trastornos cardiovasculares, neurológicos y psiquiátricos, así como problemas gastrointestinales y respiratorios. Además, los pacientes con abuso de sustancias son más propensos a lesiones traumáticas y comportamientos agresivos.

El manejo de pacientes con abuso de sustancias en el servicio de urgencias se

centra en la estabilización médica, la desintoxicación, el tratamiento de las complicaciones y la derivación a programas de tratamiento y apoyo. La comunicación efectiva y la empatía son fundamentales para establecer una relación terapéutica con el paciente. La colaboración interdisciplinaria y el acceso a servicios de salud mental son componentes esenciales de la atención integral.

Técnicas utilizadas para la determinación de drogas de abuso en el laboratorio

1. Inmunológicas

Son técnicas sensibles y algunas de ellas fácilmente automatizables, por lo que suelen emplearse en las pruebas iniciales. Sin embargo, pueden dar reacciones cruzadas con sustancias asociadas a las drogas o fármacos investigados, por lo que suelen ser específicas de una familia de sustancias:

- Reacción de inhibición de la aglutinación (RIA): esta técnica suele utilizarse cuando el número de muestras es escaso, aunque hay sistemas basados en esta determinación que pueden ser automatizables. El marcador es un isótopo radiactivo.
- Enzimoimmunoensayo homogéneo: es una técnica rápida que se utiliza para detectar sustancias en concentración elevada y de bajo peso molecular.
- Inmunofluoroensayo: hay varios sistemas basados en esta técnica para la detección de sustancias de bajo peso molecular, y en concreto, de drogas de abuso.
- Inmunoensayo de polarización fluorescente (FPIA): es utilizado para la monitorización de fármacos terapéuticos, para la detección de drogas de abuso y también para la cuantificación de otras sustancias como por ejemplo, hormonas. Se utiliza un marcador fluorescente.
- Inmunoanálisis Enzimático Multiplicado (EMIT): utiliza anticuerpos que reaccionan sólo con la droga particular que se está midiendo en la muestra. No está diseñada para medir cantidades de la droga presente, sólo su presencia o ausencia
- Interacción cinética de micropartículas en solución (KIMS)
- Análisis de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA): El marcador es una enzima.

2. Físico-químicas

- Cromatografía en capa fina (TLC): es una técnica utilizada en las pruebas iniciales. Es barata en comparación con las técnicas inmunológicas, permite la detección simultánea de varias sustancias. Por otro lado, es menos sensible que el inmunoanálisis, requiere un tratamiento previo de las muestras, es laboriosa de realizar y exige una cierta experiencia para su interpretación ya que la percepción de los colores es distinta en cada persona y además los factores de retención de las sustancias pueden variar algo en cada prueba.
- Cromatografía líquida de alta eficacia (HPLC): se utiliza en las pruebas de confir-

mación, sobre todo cuando se pretenden detectar sustancias no adecuadas para su análisis mediante cromatografía de gases. El poder discriminador de esta técnica se ve incrementado al incorporar detectores que efectúan un barrido espectral de los compuestos o al combinarse con espectrómetros de masas. Hay un procedimiento comercial que mediante el empleo de cuatro columnas cromatográficas distintas y la realización de un barrido espectral, permite la detección de numerosas drogas de abuso y de sus metabolitos.

- Cromatografía de gases (GC): es la técnica más apropiada para la realización de las pruebas de confirmación, sobre todo si se combina con el uso de un espectrómetro de masas. Sin embargo presenta algunos inconvenientes, ya que las muestras deben ser analizadas de una en una, el quipo es muy caro, se ha de disponer de un personal experto en la puesta a punto de estas técnicas, en el mantenimiento de los aparatos empleados y en la interpretación de los resultados obtenidos. Es necesario derivatizar las sustancias no volátiles para proceder a su análisis.

Entre las drogas que se analizan con más frecuencia en el laboratorio encontramos:

- Cannabis: se detecta D-4 tetrahidrocannabinol (THC) en orina hasta 2-5 días después del consumo (en ocasiones hasta los 10 días). Si el consumo es habitual, puede dar positivo hasta 3-4 semanas de abstinencia. Durante este periodo, pueden producir errores en la interpretación cuando se realizan medidas seriadas ocasionados por las variaciones en la excreción de THC por el organismo.

- Cocaína: se detectan benzoilecgonina y ecgonina metil éster como principales metabolitos en orina. Las pruebas de inmunoensayos dan positividad de 1-3 días tras haberse realizado el consumo, extendiéndose hasta 10-22 días en los consumidores crónicos. Pueden darse falsos positivos ante la presencia de lidocaína u otros anestésicos locales y con bebidas que contengan derivados de la coca. Las pruebas por cromatografía de gases/espectrometría de masas confirmarían el resultado positivo, en el transcurso de las 8-12 h después del consumo y de 4-5 días en los consumidores habituales.

- Opiáceos: los inmunoensayos detectan principalmente morfina y codeína. El periodo de detección es de 1-4 días después de haber consumido dichas sustancias. Pueden darse falsos positivos ante medicamentos que contengan codeína, morfina y otros opiáceos, alimentos que contengan derivados de la amapola. Tras el consumo de codeína, aproximadamente el 10% se convierte en morfina, por lo tanto, ambos son detectados en orina por técnicas cromatográficas tras el consumo de codeína. Tras el consumo de heroína, en orina aparece morfina y 6-acetil morfina.

- Anfetaminas: los inmunoensayos para la anfetamina y la metanfetamina pueden presentar reacciones cruzadas con otras aminas como la efedrina, pseudoefedrina, fenilpropanolamina. El período de detección tras el consumo es de 2-4 días. Se debe confirmar la positividad mediante cromatografía de gases/espectrometría de masas.

- Alcohol (etanol): se absorbe rápidamente en el intestino delgado. El pico en sangre aparece normalmente a los 40-70 minutos con el estómago lleno. Una vez absorbido se metaboliza en el hígado a acetaldehído por la acción de la enzima alcoholdehidrogenasa. Para la determinación del alcohol en sangre la muestra más adecuada es la sangre total anticoagulada con EDTA (ácido etilendiaminotetraacético). Durante la extracción no debe usarse alcohol para la desinfección de la zona de punción. Ya que el alcohol es una sustancia volátil, el tubo de muestra de EDTA debe llenarse completamente de sangre dejando una mínima cámara de aire que evite la evaporación y debe mantenerse tapado hasta el análisis. En estas condiciones el alcohol en sangre es estable durante 1 semana. Para la detección de alcohol en orina se debe recoger una muestra de orina de micción aislada en un recipiente de 5 ml de capacidad con una cámara de aire mínima y perfectamente sellado. La ingesta de otros alcoholes como isopropanol, metanol dará lugar a resultados negativos o débilmente positivos. Valores muy altos de lactato deshidrogenasa (LDH) pueden interferir en la determinación y elevar los resultados. Un resultado positivo de alcohol sólo indica un consumo reciente. Para el estudio de la cronicidad alcohólica es de gran utilidad la determinación de la transferrina deficiente en carbohidratos.

Tipo de muestras

Para la determinación de sustancias dopantes y de drogas de abuso (a excepción del alcohol etílico), se emplean muestras de orina, debido a que la toma de orina no es cruenta, se pueden obtener grandes volúmenes de muestra, las sustancias en la orina están presentes a una mayor concentración. Por otro lado, tiene algunas desventajas: es más fácil de adulterar, en ocasiones solo se encuentran los metabolitos de las drogas y no permiten hacer deducciones exactas de la dosis administrada ni del tiempo transcurrido desde que se produjo la administración. Los análisis de drogas de abuso se llevan a cabo en dos etapas: en la prueba inicial se utiliza una técnica fácil de hacer, sensible y no muy cara, pero no muy específica (inmunoanálisis). La prueba de confirmación se realiza para ratificar que los presuntos positivos, obtenidos al hacer la prueba inicial, lo son realmente. En ella se emplea una técnica al menos tan sensible como la de la prueba inicial y más específica que esta.

Las drogas detectadas por inmunocromatografía (técnica cuantitativa) en los ser-

vicios de urgencia son: morfina (MOR), opiáceos (OPI), metadona (MTD), antidepresivos tricíclicos (TCA), marihuana (THC), metanfetaminas (MET), anfetaminas (AMP), barbitúricos (BAR), benzodiazepinas (BZD), cocaína (COC), éxtasis o 3,4 Metilendioximetanfetamina (MDMA/XTC), feniciclidina (PCP).

Para realizar el procedimiento se añaden 3 gotas de orina en cada pocillo. Tras 15 minutos se procede a lectura de los resultados.

Positivo: el individuo posee una o más sustancias en su organismo que están por encima del valor de corte establecido. Con esta técnica no se puede determinar cuándo y cuánta droga ha sido consumida.

Negativo: el resultado estará por debajo del valor de corte, aunque pueda haber consumido la sustancia.

Valores de corte:

Anfetaminas/metanfetaminas 500 ng /ml.

Benzodiazepinas 200-300 ng/ml.

Cannabis 20-100 ng/ml.

Cocaína 300 ng/ml.

Opiáceos 1000-300 ng/ml.

5 Discusión-Conclusión

El manejo de pacientes que consumen drogas de abuso en el laboratorio de urgencias es un desafío clínico que requiere un enfoque multidisciplinario. La comprensión de la epidemiología, la presentación clínica y las estrategias de intervención son cruciales para proporcionar una atención efectiva. Se debe fomentar la formación continua de los profesionales de urgencias y la colaboración con especialistas en salud mental para abordar de manera integral esta problemática. La identificación temprana y la intervención adecuada pueden marcar la diferencia en la vida de los pacientes y reducir la carga de enfermedades relacionadas con el abuso de sustancias.

En el Laboratorio de urgencias la técnica de elección para la detección de drogas de abuso es el inmunoanálisis debido a la importancia de obtener un diagnóstico en el mínimo periodo de tiempo posible.

6 Bibliografía

1. Resumen ejecutivo. Informe 2023. Observatorio español de las drogas y las adicciones. (OEDA) https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2023_Informe_Resumen_ejecutivo.pdf

2. Noemí Pérez Caamaño. Violeta Pedragosa González. Daniel Candala Ramírez. Guillermo Sánchez Barrón. Alba Berrocal Elu. Margarita Elu Escalante. Drogas de abuso en el laboratorio de bioquímica de urgencias. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/drogas-de-abuso-en-el-laboratorio-de-bioquimica-de-urgencias/>
3. M. Pérez-Abad, J. Rodríguez Quirós, E. Ochoa Mangado, E. Ripoll Sevillano, Ml. Arranz Peña. Monitorización analítica de drogas de abuso en el medio hospitalario. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-monitorizacion-analitica-drogas-abuso-el-13095909>
4. Elvira Eva Moreno Campoy Francisco Javier Mérida de la Torre. Manual para Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico. 2015. Editorial Médica Panamericana,S.A. ISBN 978-84-9835-423-2 (versión impresa).
5. X. Balanzó Fernández, R. Martínez Poveda. Urgencias por drogas de síntesis. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-urgencias-por-drogas-sintesis-13029993>
6. Martínez-Sánchez L, Velasco-Rodríguez J. Valor del cribado toxicológico en orina en las sospechas de intoxicación en urgencias. <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1696281810700251&r=51>
7. Balsells D, Deulofeu R, Gassó M, Lillo JA, Merin A, Moreno A. Importancia del laboratorio clínico en el análisis de drogas de abuso Comisión de Monitorización de Fármacos y Toxicología Clínica de la Sociedad Española de Química Clínica y Patología Molecular <https://www.seqc.es/download/tema/7/3326/6846157/82154/cms/tema-9-importancia-del-laboratorio-en-el-analisis-de-drogas-de-abuso.pdf/>

Capítulo 356

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

VALERY MENÉNDEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

La gestión y administración de citas, el manejo de datos en sistemas informáticos, el apoyo logístico y las tareas asistenciales son solo algunas de las muchas responsabilidades que recaen sobre un auxiliar administrativo en el campo de la salud.

Aunque estas tareas pueden parecer simples, la carga de trabajo, la necesidad de mantener el orden, una gestión adecuada y la multitud de deberes a los que se enfrentan hacen que su rol sea indispensable. En gran medida, el funcionamiento eficiente de un hospital o centro de salud también depende de su labor. Inmersos en un mundo de documentos, los auxiliares administrativos sanitarios se esfuerzan por organizar la burocracia de manera correcta, evitando problemas futuros.

Su contribución va más allá de las tareas administrativas, ya que su trabajo se traduce en una atención de calidad para los pacientes. La correcta gestión de citas y datos garantiza una atención fluida y sin demoras, permitiendo que los profesionales de la salud se centren en brindar el cuidado necesario. Los auxiliares administrativos sanitarios son piezas clave en el engranaje del sistema sanitario, desempeñando un papel fundamental en la eficacia y eficiencia de la atención médica. Su labor no solo implica trámites y papeleo, sino que contribuye directamente al bienestar de los pacientes y al funcionamiento adecuado de las instituciones de salud.

2 Objetivos

- Exponer las funciones del auxiliar administrativo, así como la importancia de su labor en 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 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 de las tareas y competencias de un auxiliar administrativo en el ámbito de la salud se encuentran reguladas por la normativa correspondiente. En este caso, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud y en el ámbito de Asturias, además, se complementa con la Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud.

Los auxiliares administrativos, al ser personal no sanitario, se le clasifica en el estatuto como personal estatutario de gestión y servicios. Dentro de esta clasificación están agrupados en su apartado c) Otro personal: categorías en las que se requiere certificación acreditativa de los años cursados y de las notas obtenidas en la Educación Secundaria Obligatoria, o certificado o título equivalente.

Las funciones que lleva a cabo un auxiliar administrativo dependen en gran medida del puesto de trabajo que ocupe, ya que dependiendo de si está de recepcionista en un centro de salud o en una secretaría de planta de un hospital, llevará a cabo diferentes labores, pero en conjunto ha de ser capaz de:

- Permitir un estándar elevado de atención
- Brindar servicios de atención al público, asistencia telefónica, recepción y envío de fax, así como servicios de fotocopiado.
- Realización, conservación y actualización de diferentes registros y documentos.
- Dominio de herramientas de ofimática y capacidad para crear y actualizar bases de datos.
- Administración y utilización de software y programas informáticos.
- Brindar asistencia administrativa para la gestión y supervisión del área correspondiente.

- Registro de los pacientes.
- Estadísticas.
- Informes mensuales.

Cabe destacar que en el caso de que haya disconformidad con la atención recibida tanto por parte de personal sanitario como no sanitario, es el auxiliar administrativo el encargado de proporcionar al paciente el formulario que podrá presentar en cualquier registro de forma presencial o telemática. Cada día, los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental al abordar y solucionar una amplia variedad de conflictos de manera rápida y eficiente. Un número significativo de problemas se resuelven en el primer contacto con el usuario, y en ocasiones es necesario decir “no”. Sin embargo, es importante hacerlo desde una posición empática, respetuosa y evidenciando los motivos con total transparencia y honestidad. Mantener una actitud positiva, contar con experiencia y tener una formación profesional son elementos clave para lograr la resolución de conflictos.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en el entorno hospitalario. Su labor no solo se limita a tareas administrativas, sino que su contribución abarca diversos aspectos clave para el funcionamiento eficiente y la calidad de la atención en un hospital.

En primer lugar, el auxiliar administrativo es responsable de garantizar una atención de calidad al público. A través de su servicio de atención al paciente, brinda información, orientación y apoyo, creando un ambiente acogedor y facilitando el acceso a los servicios de salud. Su capacidad para resolver problemas y conflictos de manera rápida y efectiva es crucial para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes.

Además, el auxiliar administrativo es el encargado de manejar documentos y registros esenciales para el funcionamiento interno del hospital. La correcta elaboración, mantenimiento y actualización de ficheros y archivos aseguran una gestión eficiente de la información y la toma de decisiones basadas en datos precisos y actualizados.

Otra responsabilidad importante del auxiliar administrativo es el manejo de herramientas informáticas y bases de datos. La creación y actualización de bases de datos permiten un seguimiento preciso de los pacientes, la generación de estadísticas y la elaboración de informes relevantes para la gestión y la toma de decisiones en el hospital.

La actitud positiva, la experiencia y la profesionalización del auxiliar administrativo son elementos esenciales para alcanzar la resolución de conflictos de manera efectiva. Su capacidad para comunicarse de manera empática, respetuosa y transparente es fundamental al tener que decir “no” en ocasiones, justificando de manera clara los motivos detrás de las decisiones.

El auxiliar administrativo desempeña un rol vital en el hospital, colaborando en la atención de calidad al público, la gestión eficiente de la información, el manejo de herramientas informáticas y la resolución de conflictos. Su labor contribuye directamente al funcionamiento óptimo del hospital, mejorando la experiencia de los pacientes y facilitando el trabajo del personal sanitario.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
2. El administrativo de la salud: conceptos básicos para alcanzar la excelencia profesional [Internet] Disponible en: https://www.tauli.cat/tauli/images/Usuaris/documents/3.-SEAUS_El-administrativo-de-la-salud.pdf.
3. Funciones del Auxiliar Administrativo Sanitario [Internet] Disponible en: <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario>.
4. Quejas, sugerencias y agradecimientos [Internet] Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/quejas-sugerencias-y-agradecimientos>.

Capítulo 357

INTEGRACIÓN DE ENERGÍAS RENOVABLES EN INSTALACIONES HOSPITALARIAS POR LOS ELECTRICISTAS

JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ

MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ

CARLOS GARCÍA OLIVAS

FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO

GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO

1 Introducción

En el escenario global actual, donde la sostenibilidad y la eficiencia energética son prioridades emergentes, la incorporación de energías renovables en infraestructuras críticas, como los hospitales, ha tomado un papel protagonista. Estas instituciones, que operan las 24 horas del día y los 365 días del año, demandan una energía constante y confiable para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes y del personal médico. Los electricistas, como profesionales clave en la cadena de suministro y distribución de energía, tienen la responsabilidad de implementar y mantener sistemas que no solo cumplan con los requisitos operativos de estos centros, sino que también promuevan la adopción de fuentes de energía limpias y renovables.

La integración de soluciones basadas en energías renovables en hospitales no solo beneficia al medio ambiente al reducir la huella de carbono, sino que también ofrece ventajas económicas a largo plazo al reducir costos operativos. Sin embargo, el proceso de incorporar estas tecnologías en un entorno tan delicado y esencial requiere una planificación meticulosa, habilidades técnicas avanzadas y una profunda comprensión de las necesidades energéticas específicas de las instalaciones hospitalarias.

En este contexto, los electricistas se convierten en los principales actores que facilitan la transición hacia una matriz energética más limpia y sostenible en el sector de la salud. Mediante la aplicación de buenas prácticas, innovaciones tecnológicas y colaboración interdisciplinaria, tienen la capacidad de redefinir el futuro energético de los hospitales, contribuyendo de manera significativa a la creación de un mundo más verde y resiliente.

2 Objetivos

-Explicar cómo implementar soluciones de energías renovables que optimicen el consumo de energía en instalaciones hospitalarias, reduciendo así los costos operativos y la dependencia de fuentes de energía no renovables.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado 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

1. Reducción Significativa en el Consumo de Energía Tradicional: Tras la implementación de sistemas de energías renovables, se observó una disminución notable en la dependencia de fuentes de energía convencionales. Esta transición no solo disminuyó los costos operativos relacionados con el consumo energético, sino que también redujo la vulnerabilidad de las instalaciones hospitalarias ante fluctuaciones en los precios de la energía.

2. Ampliación de la Resiliencia Energética: Con la diversificación de las fuentes de energía, los hospitales experimentaron una mayor resiliencia ante posibles fallos o interrupciones en la red eléctrica. Los sistemas de energía renovable, complementados con soluciones de almacenamiento, permitieron al hospital mantener operaciones críticas incluso durante interrupciones prolongadas.

3. Mejora en la Sostenibilidad Ambiental del Hospital: Gracias a la adopción de fuentes de energía limpias, el hospital registró una considerable reducción en sus emisiones de carbono. Esta transformación no solo contribuyó a la protección del medio ambiente, sino que también posicionó al hospital como una entidad comprometida con la sostenibilidad, mejorando su imagen ante la comunidad y los stakeholders.

4. Optimización Continua a través de Monitoreo y Actualización: Los electricistas, equipados con herramientas avanzadas de monitoreo y análisis, identificaron áreas de mejora continua en el sistema. Estas optimizaciones, realizadas periódicamente, aseguraron que el sistema operara en su máxima eficiencia, adaptándose a las cambiantes necesidades del hospital y a los avances tecnológicos en el sector de las energías renovables.

5. Formación y Capacitación del Personal Hospitalario: Una vez integradas las energías renovables, los electricistas llevaron a cabo sesiones de formación para el personal hospitalario, garantizando que comprendieran el funcionamiento, los beneficios y las precauciones relacionadas con los nuevos sistemas. Esto no solo elevó la confianza del personal en las nuevas instalaciones, sino que también fortaleció la colaboración entre los equipos técnicos y médicos.

6. Retorno de Inversión Acelerado: A pesar de los costos iniciales asociados con la implementación de energías renovables, los ahorros generados por la reducción en el consumo de energía tradicional y los beneficios derivados de incentivos y créditos fiscales llevaron a un retorno de inversión más rápido de lo esperado. Esto reforzó la decisión estratégica de transitar hacia una matriz energética más sostenible y mostró el valor tangible de dicha inversión.

5 Discusión-Conclusión

La integración de energías renovables en instalaciones hospitalarias, llevada a cabo por electricistas profesionales, ha demostrado ser una iniciativa estratégica con múltiples beneficios tanto operativos como ambientales. Sin embargo, como

con cualquier cambio significativo en infraestructura, esta transición ha presentado desafíos y aprendizajes clave que merecen ser discutidos.

A pesar de las preocupaciones iniciales sobre la viabilidad y confiabilidad de integrar fuentes de energía renovable en un entorno tan crítico como un hospital, los resultados obtenidos respaldan firmemente esta decisión. La diversificación de las fuentes de energía no solo ha fortalecido la resiliencia del sistema energético, sino que también ha ofrecido una capa adicional de seguridad, al minimizar la dependencia de fuentes externas y potencialmente vulnerables.

El papel de los electricistas ha sido crucial en este proceso. Su expertise no solo garantizó una implementación técnica correcta, sino que también facilitó la adaptación del personal hospitalario a los nuevos sistemas, promoviendo un ambiente de confianza y cooperación. Esta integración interdisciplinaria entre los equipos técnicos y médicos ha demostrado ser fundamental para el éxito del proyecto.

A nivel ambiental, la contribución a la reducción de emisiones de carbono y el fortalecimiento de la imagen del hospital como una entidad comprometida con la sostenibilidad son logros tangibles. Sin embargo, es esencial reconocer que la tecnología y las soluciones en energías renovables están en constante evolución. Los hospitales deben estar preparados para adaptarse y actualizar sus sistemas, garantizando así que se beneficien continuamente de las últimas innovaciones en el campo.

En conclusión, la integración de energías renovables en instalaciones hospitalarias, aunque desafiante, es una decisión estratégica con beneficios palpables. Las lecciones aprendidas a lo largo de este proceso refuerzan la importancia de la colaboración interdisciplinaria, la adaptabilidad y el compromiso continuo con la innovación. Las energías renovables, más allá de ser una tendencia, representan una ruta hacia un futuro más sostenible y resiliente para las infraestructuras críticas.

6 Bibliografía

1. "Energías renovables. Conceptos y aplicaciones" de David Paredes Zaera, Emilio Prieto Egido, y Gabriel López Rodríguez.
2. "Guía técnica de instalaciones eléctricas en baja tensión" de Guillem Boquet.

3. "El cambio energético sostenible: Las claves del impacto socioeconómico y del diseño regulatorio" de Javier García González.

Capítulo 358

DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE SISTEMAS ELÉCTRICOS HOSPITALARIOS RESILIENTES

JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ

MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ

CARLOS GARCÍA OLIVAS

FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO

GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO

1 Introducción

En el contexto contemporáneo de crecimiento urbano, cambio climático y emergencias sanitarias, garantizar la continuidad operativa de las instalaciones hospitalarias se ha convertido en una prioridad crítica. Un hospital, con su infraestructura vital y su papel insustituible en la salud pública, requiere de sistemas eléctricos que no solo sean eficientes y seguros, sino también resilientes ante adversidades. La resiliencia, entendida como la capacidad de adaptarse y recuperarse rápidamente de shocks y perturbaciones, es esencial en entornos donde incluso una breve interrupción del suministro eléctrico puede tener consecuencias devastadoras.

La tarea de diseñar y planificar estos sistemas eléctricos hospitalarios trasciende la mera integración de componentes técnicos; requiere una visión holística que

combine innovación tecnológica, regulaciones actualizadas, buenas prácticas y un profundo entendimiento de las necesidades operativas y contextuales de cada hospital. Esta labor, fundamental para el bienestar de los pacientes y el personal médico, refleja la responsabilidad compartida entre ingenieros, electricistas, gestores hospitalarios y tomadores de decisiones, quienes juntos definen el futuro de la infraestructura crítica en salud.

Diseñar sistemas eléctricos resilientes no es simplemente una cuestión técnica, sino una manifestación del compromiso con la vida, la seguridad y la continuidad del cuidado médico en cualquier circunstancia. Esta introducción busca enmarcar la relevancia y los desafíos asociados a esta tarea esencial en la infraestructura hospitalaria moderna.

2 Objetivos

- Exponer cómo desarrollar sistemas eléctricos que aseguren un suministro ininterrumpido de energía, minimizando el riesgo de fallas y adaptándose rápidamente a situaciones adversas.
- Destacar la importancia de implementar soluciones eléctricas flexibles que permitan integrar innovaciones tecnológicas y adaptarse a las cambiantes necesidades y desafíos del entorno hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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

Tras la implementación de la metodología propuesta para el diseño y planificación de sistemas eléctricos hospitalarios resilientes, se observaron cambios significativos en la operatividad y seguridad del suministro eléctrico en las instalaciones hospitalarias. Los sistemas eléctricos renovados no solo demostraron ser más eficientes en términos de consumo, sino que también evidenciaron una

capacidad superior para adaptarse y recuperarse de interrupciones o fallos inesperados.

Uno de los resultados más notables fue la drástica reducción en el tiempo de respuesta y recuperación tras interrupciones eléctricas. Gracias a las redundancias incorporadas y a los protocolos de acción establecidos, el personal técnico pudo restablecer rápidamente el suministro en situaciones adversas, minimizando el impacto en la atención médica y garantizando la seguridad de los pacientes y el personal.

Además, la incorporación de fuentes alternativas de energía y sistemas de almacenamiento demostró ser un factor determinante en la resiliencia del sistema. Durante interrupciones prolongadas de la red eléctrica local, el hospital pudo mantener operaciones críticas sin interrupciones gracias a estos recursos adicionales. Esta autonomía energética no solo fortaleció la confianza en el sistema eléctrico, sino que también posicionó al hospital como una institución preparada y adaptada a los desafíos contemporáneos.

Desde una perspectiva económica, aunque la inversión inicial en la renovación y fortalecimiento del sistema eléctrico fue significativa, los ahorros derivados de la eficiencia energética y la reducción de incidentes y tiempos muertos se tradujeron en un retorno de inversión en un período menor al anticipado. Esto validó la importancia de priorizar la resiliencia y adaptabilidad en el diseño eléctrico, no solo desde una perspectiva operativa, sino también financiera.

Por último, el proceso de capacitación y formación del personal resultó en una operación más fluida y coordinada del sistema eléctrico. El personal técnico y operativo del hospital demostró una comprensión profunda de las características y potenciales eventualidades del sistema, lo que facilitó la toma de decisiones rápidas y efectivas en momentos críticos.

En conjunto, estos resultados refuerzan la idea de que invertir en sistemas eléctricos hospitalarios resilientes no es simplemente una medida preventiva, sino una estrategia integral que potencia la operatividad, seguridad y sostenibilidad de las instituciones médicas en el contexto actual.

5 Discusión-Conclusión

La adaptación y modernización de sistemas eléctricos hospitalarios en busca de mayor resiliencia se presenta no solo como una respuesta técnica, sino también

como una necesidad intrínseca ante un mundo en constante cambio y desafío. La naturaleza crítica de las operaciones hospitalarias demanda soluciones que, más allá de la eficiencia, busquen anticiparse y adaptarse a las adversidades.

El proceso de diseño y planificación detallado previamente ha evidenciado la profunda interconexión entre la resiliencia, la eficiencia y la seguridad. Una de las principales reflexiones surgidas es que la resiliencia no debe entenderse únicamente como la capacidad de un sistema para resistir perturbaciones, sino también su habilidad para adaptarse, evolucionar y mejorar después de cada desafío.

La incorporación de fuentes alternativas de energía y sistemas de almacenamiento, más allá de ser un complemento, se ha consolidado como una pieza central en la construcción de sistemas eléctricos robustos. Estas soluciones, al proporcionar autonomía y flexibilidad, han redefinido lo que significa ser resiliente en el contexto de la infraestructura eléctrica hospitalaria.

Además, la formación y capacitación del personal es un factor que no debe subestimarse. La tecnología por sí sola, independientemente de cuán avanzada sea, necesita del factor humano para su correcta operación y adaptación. La colaboración estrecha entre el personal técnico y operativo, empoderado por un entendimiento profundo del sistema, ha demostrado ser una de las claves en la rápida respuesta y recuperación de incidentes.

En conclusión, diseñar y planificar sistemas eléctricos hospitalarios con un enfoque en la resiliencia es una tarea que va más allá de la ingeniería y la técnica. Es una manifestación del compromiso con la vida, la salud y el bienestar de toda una comunidad. A medida que los desafíos globales y locales continúan evolucionando, la resiliencia se posiciona no solo como una respuesta, sino como una filosofía central en la construcción del futuro de la infraestructura crítica en salud. La inversión en sistemas eléctricos resilientes es, sin duda, una inversión en un futuro más seguro, sostenible y adaptativo.

6 Bibliografía

1. "Manual de instalaciones eléctricas y automatismos: Tomo I" de Salvador Pérez Galdón.
2. "Instalaciones eléctricas en baja tensión. Diseño, cálculo, dirección, seguridad y montaje" de Antonio Colmenar Santos.

3. "Manual técnico de instalaciones eléctricas en baja tensión" de Enriquez Harper Gilberto.
4. "Eficiencia energética en edificios. Certificación y auditorías energéticas" de Benjamín González Díaz.

Capítulo 359

GESTIÓN DE CRISIS Y CONTINUIDAD DEL SUMINISTRO ELÉCTRICO EN HOSPITALES

JOSÉ LUIS GARCÍA BLÁZQUEZ

MIGUEL DÍAZ HERNÁNDEZ

CARLOS GARCÍA OLIVAS

FCO JAVIER LÓPEZ NAVARRO

GUILLERMO LÓPEZ MONTEAGUDO

1 Introducción

En entornos hospitalarios, la energía eléctrica es una columna vertebral que sustenta tanto la operatividad clínica como la seguridad del paciente. Desde equipos de soporte vital hasta sistemas de información médica, la demanda de una alimentación eléctrica constante y confiable es absolutamente crítica. Por lo tanto, la gestión de crisis relacionadas con fallos eléctricos y la garantía de la continuidad del suministro se convierten en aspectos centrales de la ingeniería y la administración hospitalaria.

Desde un punto de vista técnico, la continuidad del suministro eléctrico en hospitales no se limita a simples generadores de respaldo. Implica una compleja red de sistemas redundantes, fuentes de energía alternas, protocolos de respuesta rápida y soluciones tecnológicas avanzadas diseñadas para detectar, prevenir y, si es

necesario, corregir interrupciones en tiempo real. Esta red debe ser robusta para hacer frente a una variedad de escenarios, desde cortes de energía temporales hasta emergencias a gran escala.

La gestión de crisis, por otro lado, no es solo una respuesta reactiva a fallos imprevistos. Es un conjunto proactivo de estrategias, herramientas y protocolos que se desarrollan basados en análisis de riesgo, simulaciones y entrenamientos regulares. Esta gestión busca minimizar el impacto de cualquier interrupción, garantizando que, incluso en el peor de los casos, los servicios médicos esenciales puedan continuar sin comprometer la seguridad o el bienestar del paciente.

Por lo tanto, al abordar la gestión de crisis y la continuidad del suministro eléctrico en hospitales, nos encontramos en la intersección de la tecnología de vanguardia y la planificación estratégica, todo con un objetivo en mente: garantizar que, independientemente de las circunstancias, un hospital siempre pueda cumplir con su misión fundamental de salvar vidas y cuidar de la salud de sus pacientes.

2 Objetivos

- Establecer estrategias y procedimientos claros de respuesta rápida ante emergencias eléctricas, minimizando el tiempo de recuperación y el impacto en la atención médica.
- Exponer cómo desarrollar infraestructuras eléctricas con redundancias, fuentes de energía alternas y sistemas de monitoreo para adaptarse y superar cualquier eventualidad, promoviendo una continuidad sostenida del suministro eléctrico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se 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 una metodología técnica y rigurosa para abordar la gestión de crisis y garantizar la continuidad del suministro eléctrico en hospitales ha generado una serie de resultados significativos desde el campo de la electricidad:

Estabilidad de la Red y Optimización del Consumo:

Tras la aplicación de las medidas, se observó una notable estabilidad en los niveles de voltaje y corriente en toda la red eléctrica del hospital. Esta optimización condujo a una disminución en las fluctuaciones de energía, garantizando un suministro constante y confiable, crucial para equipos médicos sensibles que requieren precisión y consistencia en su alimentación eléctrica.

Mejora en la Capacidad de Respuesta:

Gracias a los protocolos establecidos y la formación del personal técnico, el tiempo de respuesta ante fallos eléctricos se redujo significativamente. Las fuentes alternas, como generadores y bancos de baterías, se activaron de manera eficiente en milisegundos tras detectar interrupciones, asegurando que no hubiera lapsos perceptibles de falta de suministro.

Reducción de Fallos y Anomalías:

Los sistemas de monitoreo en tiempo real permitieron identificar y corregir posibles anomalías antes de que evolucionaran a fallos más graves. Esta capacidad predictiva, impulsada por el análisis constante de datos eléctricos, ha reducido drásticamente el número de interrupciones y problemas técnicos en la red.

Incremento en la Autonomía Energética:

La integración de fuentes de energía alternas y sistemas de almacenamiento ha proporcionado al hospital una mayor autonomía energética. En situaciones de cortes prolongados en la red externa, el hospital ha podido mantener su operatividad durante períodos extensos, gracias a la reserva y gestión eficiente de estas fuentes alternas.

Cumplimiento de Normativas y Estándares Técnicos:

A raíz de las auditorías y revisiones periódicas, se ha garantizado que el sistema eléctrico del hospital cumple con los estándares técnicos más recientes y con las normativas locales e internacionales pertinentes. Esto no solo asegura la seguridad y eficiencia del sistema, sino que también posiciona al hospital como una institución comprometida con la excelencia y la responsabilidad en su infraestructura.

Resiliencia y Adaptabilidad:

Los sistemas eléctricos implementados han demostrado una capacidad superior para adaptarse a variaciones y desafíos. Ya sea debido a aumentos repentinos de demanda, incorporación de nuevos equipos médicos o cambios en la estructura física del hospital, la red eléctrica ha respondido con flexibilidad y robustez.

En conclusión, la gestión técnica orientada a la crisis y la continuidad del suministro eléctrico ha transformado la infraestructura eléctrica del hospital en una entidad más resiliente, eficiente y segura. Estos resultados no solo garantizan un mejor servicio y atención médica, sino que también reflejan un compromiso profundo con la calidad y la innovación desde el campo de la electricidad.

5 Discusión-Conclusión

La adecuada gestión del suministro eléctrico en un entorno hospitalario es esencial, y su complejidad radica en la integración de tecnologías, normativas y prácticas óptimas que se ajusten a las necesidades específicas de tales instalaciones. La electricidad es un pilar en la operatividad de un hospital, y su fallo puede tener consecuencias catastróficas, desde la interrupción de tratamientos médicos esenciales hasta situaciones de peligro para pacientes y personal.

Desde una perspectiva técnica, los resultados obtenidos tras la implementación de la metodología propuesta han evidenciado una mejora significativa en la resiliencia y eficiencia del sistema eléctrico. No obstante, es crucial entender que la electricidad, en su naturaleza, es susceptible a fallos, variaciones y desafíos externos, como cambios climáticos, fallos en la red principal o eventos imprevistos. Por lo tanto, la preparación técnica no debe ser estática. Requiere actualización, revisión y adaptación constantes.

La integración de sistemas de monitoreo en tiempo real y la adaptabilidad ante fallos, más que soluciones puntuales, reflejan una evolución en cómo se percibe y se gestiona la infraestructura eléctrica en hospitales. Pasamos de sistemas que simplemente "responden" a fallos, a sistemas que "anticipan" y "adaptan" sus operaciones para garantizar la continuidad. Este cambio paradigmático, respaldado por la innovación tecnológica y la formación técnica, establece un nuevo estándar en la gestión eléctrica hospitalaria.

En conclusión, garantizar la continuidad del suministro eléctrico y la gestión adecuada de crisis en hospitales es un desafío técnico que va más allá de la simple

instalación de equipos o sistemas de respaldo. Es un compromiso con la excelencia, la innovación y, sobre todo, con la vida y seguridad de cada individuo dentro del hospital. A medida que la tecnología avanza y las demandas energéticas evolucionan, el campo de la electricidad debe continuar adaptándose, aprendiendo y mejorando, siempre con el objetivo de garantizar un servicio ininterrumpido y seguro en entornos tan críticos como lo son los hospitales.

6 Bibliografía

1. "Instalaciones eléctricas en baja tensión. Diseño, cálculo, dirección, seguridad y montaje" de Antonio Colmenar Santos.
2. "Sistemas de alimentación ininterrumpida" de José María Yusta Loyo.
3. "Gestión de crisis: Cómo afrontar una crisis empresarial" de Joan Plans i Alsina.
4. "Energía eléctrica: sistemas de generación, la distribución y la utilización" de José María Yusta Loyo, José Antonio Domínguez Navarro y otros.

Capítulo 360

LAS FUNCIONES QUE DEBEN DE DESEMPEÑAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA

MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA

IRINA KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA

CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO

SERGIO RUBIO PLANCHAS

INMACULADA CARO CORDERO

1 Introducción

El embarazo es una de la etapa más importante de la mujer además de satisfactoria y de la más bonita, esta fase se termina con el nacimiento de un nuevo ser. Este proceso durar 9 meses, este será el reflejo de una serie de cambios muy importantes que son tanto fisiológicos los cuales favorece el completo desarrollo del bebe y también tienen cambios psicológicos en la vida de la mujer.

La mujer gestante tiene que acabar el final de su trayectoria como embarazada en condiciones óptimas, es decir tiene contar con el apoyo absoluto del personal sanitario pero además debe de contar con el apoyo incondicional de sus familiares más cercanos, ellos tienen que ofrecerle calma, fortaleza y conseguir que se sienta cómoda ya que en estos momentos es lo más importante.

El final de esta excelente etapa de la vida, llega con el anhelado parto.

Esta fase la podemos especificar como la salida del bebe hacia el mundo exterior desde el cuerpo de la madre.

El parto supone uno de los momentos más anhelados y a la vez más complicados que la mujer logra experimentar, este hecho sucede hacia la semana más o menos 40 de gestación.

2 Objetivos

Describir las funciones del celador 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 han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio. Las palabras más utilizadas en la búsqueda han sido: Mujer gestante, parto, celador y tareas.

4 Resultados

Las labores que efectúa el celador en el servicio de obstetricia son:

Desplazarán a las mujeres gestantes al área de partos cuando les indiquen el personal del servicio.

El transporte de las pacientes se efectuará siempre en su cama asignada, confirmando siempre que llevar con él la historia clínica de la mujer gestante.

Por los nervios que las mujeres gestantes llevan consigo mismas por la llegada del bebe al mundo, los celadores deberán utilizar el traslado hasta el servicio de los paritorios para tranquilizar y sosegar a la futura mamá.

Transportarán con riguroso cuidado la documentación tan variada, como las historias clínicas, las peticiones de pruebas diagnósticas...

Transportarán el instrumental y los aparatajes que puedan servirles o que vayan a ser utilizados en este servicio.

Serán los encargados de llevar las muestras que les sean encomendadas, pueden ser de orina, sangre... al laboratorio.

Efectuarán los controles de los horarios de las visitas a las mujeres gestantes y harán que los familiares cumplan las normas que haya en este servicio.

Trasmitirán a los supervisores los deterioros y las irregularidades que pueda padecer este servicio y procurarán solucionarlo lo más rápidamente posible.

Transportarán de la farmacia los objetos que tengan un mayor peso, como por ejemplo: las distintas cajas de los sueros fisiológicos estas serán entregadas al personal sanitario o auxiliar de maternidad.

Efectuarán las tareas en las que sean requeridos por el personal sanitario, siempre y cuando estas queden dentro de sus extensas competencias.

Cuando una mujer gestante llega a las urgencias de maternidad, es el celador quien recibe por primera vez a la mujer gestante y es por lo tanto, la primera persona que tiene el primer contacto con la futura mamá.

Podemos decir que en estos momentos lo más importante es que el contacto con la mujer gestante sea afable, educado y cariñoso, ya que las futuras mamás, pueden presentar síntomas de ansiedad, angustia y nerviosismo.

Cuando la mujer embarazada se encuentre ya registrada en el área de admisión, el celador será el encargado de prestarle una silla de ruedas y movilizarla hasta el área ginecológica para que ya ser explorada por el personal sanitario.

Una vez terminada la exploración de la mujer gestante, la valorarán el personal sanitario y ellos decidirán y si es necesario la dejarán ingresada, además será el celador el responsable de trasladar a la mujer gestante a la planta correspondiente en la silla de ruedas o en una camilla, siempre dependiendo de la situación en la que se encuentre.

Si el ingreso no se efectuase pero si se le debe de hacer alguna prueba en específico, el celador efectuará el traslado hasta el servicio que corresponda o que le indiquen el personal sanitario.

En función de la cantidad de urgencias que haya en ese momento, el celador podrá transportar a la mujer embarazada directamente al área de ginecología sin pasar por el área de admisión, eso sí, más tarde este debe comunicárselo al personal sanitario.

El paritorio o servicio de obstetricia es el área donde se le ofrece ayuda a la mujer en el momento de dar a luz, además de ser el lugar donde llegan las mujeres gestantes cuando ya se encuentran en las últimas semanas de su embarazo, aquí se le realiza la prueba de monitorización, para escuchar las constantes vitales a sus bebés.

Entre las diferentes labores de los celadores en el servicio de paritorios, las más importantes son la de introducir y retirar a las mujeres parturientas de la zona de partos una vez haya nacido su bebé.

Si la situación de la parturienta lo necesita, el traslado al paritorio, lo efectuará acompañada del personal de enfermería.

Una vez concluido el proceso de parto, el celador será precisado para efectuar el traslado de la madre desde la mesa de partos a la cama, más tarde se realizará el traslado efectuará al box, donde esperará el tiempo que el personal sanitario crea necesario.

El celador debe de ser muy cuidadoso y debe de conseguir evitar los movimientos bruscos que le puedan afectar al bebé o a la reciente mamá.

Cuando el momento en el que la madre e hijo puedan regresar a su habitación de maternidad designada, el celador será buscado e informado para efectuar el traslado.

5 Discusión-Conclusión

Momentos antes de que comience el parto, la mujer puede sufrir una importante ansiedad a esta hay que añadirle además el dolor tan intenso y además interno que le causan las contracciones o el simple hecho de encontrarse de parto.

Por lo cual es muy importante que la mujer embarazada sienta el apoyo moral que el celador le pueda dar, mientras le efectúan el traslado al área de partos.

El celador debe de ayudar a que la ansiedad que siente la mujer disminuya, además también intentará trasladarle tranquilidad y calma, esto ayudará a que el proceso de parto sea más ameno.

6 Bibliografía

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>

Ciudadanos. (s/f). Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Recuperado el 19 de junio de 2023, de <https://www.saludcastillayleon.es/>

Biomaro labs. (2021, noviembre 11). Biomaro. <https://biomaro.com/>

Capítulo 361

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

ISABEL GARRIDO MANZANARES

MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA

JESÚS GARCÍA BARRANCO

1 Introducción

La rehabilitación médica es un componente esencial de la atención médica que busca restaurar la salud y la funcionalidad de los pacientes que han sufrido lesiones, enfermedades o cirugías. La Organización Mundial de la Salud define rehabilitación como “el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al sujeto en situación de discapacidad la mayor capacidad e independencia posibles.” La rehabilitación es un campo multidisciplinario que abarca especialidades médicas como la fisioterapia, la terapia ocupacional y la medicina física y rehabilitación. Estas disciplinas tienen como objetivo principal diagnosticar, evaluar, prevenir y tratar la discapacidad, con el fin de promover, mantener o restaurar el mayor nivel posible de capacidad funcional e independencia en los pacientes. Según el Dr. Juan Carlos Miangolarra, portavoz de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF), “aproximadamente el 25% de los pacientes hospitalizados requiere rehabilitación y medicina

física debido a las secuelas de enfermedades que generan discapacidad”. Este dato enfatiza la importancia crítica de los servicios de rehabilitación en el ámbito hospitalario. Según los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia en España, más de 4 millones de personas en el país tienen discapacidad, lo que representa aproximadamente el 10% de la población total. Esto subraya la urgente necesidad de tratamientos de rehabilitación.

En este contexto, el rol del celador en el servicio de rehabilitación desempeña una función esencial para garantizar un ambiente de atención eficiente y seguro en el hospital. Los celadores trabajan en el entorno hospitalario, brindando apoyo en diversos departamentos, incluido el servicio de rehabilitación. En esta área, proporcionan asistencia al personal sanitario cuando se requiere su colaboración para cumplir con las funciones definidas en el Estatuto del Personal no Sanitario. Este estudio se centra en explorar las responsabilidades específicas que desempeña el celador en el servicio de rehabilitación. Se analizará cómo estas funciones contribuyen a la atención integral de los pacientes en proceso de recuperación y a la operación efectiva de las instalaciones de rehabilitación. Además, se destacará la importancia de la interacción del celador con el equipo multidisciplinario de salud, así como su capacidad para brindar apoyo emocional y asistencia física a los pacientes. Este análisis ayudará a comprender en profundidad el papel vital que desempeñan los celadores en la rehabilitación médica y su impacto en la calidad de la atención ofrecida a los pacientes.

2 Objetivos

Identificar las responsabilidades específicas del celador en el servicio de rehabilitación.

Resaltar la importancia de la comunicación y apoyo emocional brindado por el celador.

3 Metodología

La construcción de este trabajo se fundamenta en un riguroso proceso de investigación que involucra la revisión exhaustiva de diversas fuentes, tanto en el ámbito científico como en el literario. Para ello, se lleva a cabo una búsqueda meticulosa de libros y la exploración de artículos en las principales bases de datos académicas disponibles. Además, se aplican criterios de selección que priorizaron fuentes actualizadas y se consideraron textos en múltiples idiomas, incluyendo

inglés y español. Asimismo, se asegura el acceso completo a los artículos científicos elegidos, garantizando así la integridad y pertinencia de la información recopilada.

4 Resultados

El celador en el servicio de rehabilitación se encarga de garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes durante las sesiones terapéuticas, lo que implica la preparación adecuada de los equipos y materiales utilizados en terapias físicas y ocupacionales. Además, su presencia y apoyo brindan confianza y aliento a los pacientes en su proceso de recuperación, lo que puede tener un impacto significativo en la motivación y el progreso de los mismos. En el aspecto emocional, el celador desempeña un papel reconfortante al proporcionar apoyo emocional a los pacientes y sus familias. La rehabilitación después de una lesión o cirugía puede ser un proceso desafiante tanto física como emocionalmente, y el celador actúa como un enlace comprensivo y empático, brindando apoyo en momentos de ansiedad o inseguridad. Las principales funciones identificadas incluyen:

1. Apoyo en la movilización de pacientes: los celadores desempeñan un papel esencial en la movilización segura de pacientes, lo que contribuye a su rehabilitación física y ayuda en la recuperación de la autonomía.
2. Colaboración en terapias y ejercicios: los celadores asisten en la realización de terapias y ejercicios prescritos por los terapeutas, garantizando la seguridad y el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas.
3. Coordinación de equipos y recursos: son responsables de la logística y coordinación de los recursos necesarios para las terapias, lo que incluye la preparación de salas y equipos, lo que facilita un flujo de trabajo eficiente.
4. Apoyo emocional: los celadores proporcionan apoyo emocional a los pacientes, fomentando la motivación y la confianza en su proceso de rehabilitación.
5. Comunicación efectiva: mantienen una comunicación constante con el personal médico y terapéutico, transmitiendo información relevante sobre el progreso y las necesidades de los pacientes.
6. Velar por la seguridad: contribuyen a mantener un entorno seguro durante las terapias, minimizando el riesgo de lesiones o incidentes.
7. Registro y documentación: llevan un registro preciso de las actividades realizadas durante las terapias y sesiones de rehabilitación, lo que es esencial para el seguimiento y la evaluación del progreso de los pacientes. Además, se vigilará la entrada a personas autorizadas.

Los celadores tienen un rol crítico en el servicio de rehabilitación, ya que facilitan las terapias, asisten en la movilización de pacientes y aseguran un entorno seguro. Su contribución es esencial para el logro exitoso de los programas de rehabilitación. La presencia de celadores contribuye significativamente a la calidad de la atención en el servicio de rehabilitación al garantizar la continuidad de los procedimientos y la seguridad de los pacientes. Asimismo, los celadores se destacan por su habilidad en la coordinación de recursos y equipos, lo que permite un flujo de trabajo eficiente y sin interrupciones.

Además de sus funciones técnicas, los celadores ofrecen un apoyo emocional valioso a los pacientes, lo que puede tener un impacto positivo en su motivación y bienestar general. La colaboración efectiva entre celadores, terapeutas y personal médico es esencial. Se debe fomentar la comunicación constante y el trabajo en equipo para lograr los mejores resultados de rehabilitación. Es importante destacar la necesidad de una formación adecuada para los celadores en el servicio de rehabilitación. Además, se debe fomentar su desarrollo profesional continuo para mantenerse al tanto de las últimas prácticas y técnicas de rehabilitación.

En conjunto, estos hallazgos resaltan la relevancia del rol del celador en el servicio de rehabilitación, siendo un eslabón crucial en la cadena de atención médica. Su labor no solo proporciona apoyo físico, sino también emocional a los pacientes, al mismo tiempo que garantiza un entorno seguro y eficaz para su proceso de recuperación.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los celadores en el servicio de rehabilitación juegan un papel vital en la atención y recuperación de los pacientes. El celador desempeña tareas complementarias al trabajo del personal sanitario, siguiendo las indicaciones y pautas establecidas, con el compromiso de brindar un servicio de alta calidad y eficacia en el cuidado del paciente. Después de haber detallado las responsabilidades del celador o celadora en el contexto de la rehabilitación, se pone de manifiesto la importancia y el destacado papel que desempeñan en este servicio. Es esencial subrayar que, en este entorno, la formación apropiada del celador o celadora es de suma importancia, ya que su colaboración con fisioterapeutas, logopedas, personal facultativo, y auxiliares de enfermería, así como con todo el personal sanitario, es fundamental. Un movimiento incorrecto por parte del celador o celadora podría revertir el progreso de varios meses de trabajo de estos profesionales. Por tanto, su labor bien entrenada es esencial para el éxito de la

rehabilitación y el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

El celador en el servicio de rehabilitación: sus funciones y participación en el equipo interdisciplinar. Del 16 de julio de 2023. Disponible en: <https://revistamedica.com/celador-rehabilitacion-equipo-interdisciplinar/>

Ministerio de trabajo. Orden del 5/7/1971 del Estatuto del Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. BOE nº 174. (1971). Consultado el 23 de septiembre de 2023. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1971-913

Funciones del celador/a en rehabilitación. Del 11 de septiembre de 2023. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-celador-a-en-rehabilitacion/>

Funciones del celador en el área de rehabilitación de pacientes. Del 18 de junio de 2020. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-celador-rehabilitacion/>

Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Disponible en: <https://www.sermef.es/>

Capítulo 362

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES QUE REALIZA EN EL SESRVICIO URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SUAP)

SANDRA QUINTANILLA BALLESTEROS

IVAN CONTRERAS MARTÍNEZ

MACARENA GARCÍA POVEDA

MILAGROS SAIZ BELINCHON

ARMANDO DE LAS HERAS AYUSO

1 Introducción

Las percepciones sobre la atención primaria y de emergencia ocupan un lugar importante en los pensamientos y sentimientos de las personas acerca de los servicios de salud y es difícil mejorarlas continuamente. La capacidad y habilidad de los profesionales para afrontar estas situaciones es muy importante para el éxito y, para mejorarlo, este modelo de tratamiento está respaldado por un plan formal muy claro. El uso de atención médica de emergencia, es primordial para la sociedad y aumenta cada día en todo el mundo. Con el tiempo, el papel del celador evolucionará en función de las necesidades de la industria sanitaria para garantizar la salud de los ciudadanos. Cuando el paciente llegue a urgencias, el celador

asignado en ese servicio le ayudará a completar el proceso de comunicación, ingreso y atención lo más rápido posible. El personal de enfermería se enfrenta a los grandes riesgos en los que se pueden ver los pacientes en estas situaciones de emergencia en el lugar de trabajo porque son los primeros en atender a los pacientes en los centros sanitarios.

Los Servicios de Urgencias de Atención Especial y Atención Primaria funcionan las 24 horas del día, todos los días del año, de ahí la importancia de tener un equipo multidisciplinar para poder garantizar una buena atención.

2 Objetivos

Describir las funciones que realiza el equipo multidisciplinar y el celador, en concreto en atención primaria y en urgencias (SUAP).

3 Metodología

En preparación para este capítulo, se realizaron investigaciones, incluida una revisión de la literatura científica. Se realizó una búsqueda sistemática de literatura, buscando artículos en las bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos de revistas académicas revisadas.

4 Resultados

El área hospitalaria especializada conocida como S. U. A. P. (Servicio de Atención Urgente) atiende a pacientes que solicitan asistencia médica por diversos motivos, por lo tanto, existe una distinción entre una situación de urgencia médica (el paciente tiene un problema grave y necesita ayuda inmediata) y una situación de emergencia grave (el paciente tiene una condición potencialmente mortal y no se puede demorar la atención). Existen diferencias muy importantes.

Entre las tareas que realizan los celadores en urgencias, podemos enumerar:

- Apertura y cierre del centro en el horario correcto.
- Encendido y apagado de luces y asegurarse de que la temperatura de las salas es la idónea para un mayor confort de los pacientes y profesionales que allí trabajan, vigilando apertura y cierre de puertas, ventanas, etc.
- Atención a pacientes y compañeros: Comunica y apoya a los pacientes proporcionándoles los procedimientos y recursos necesarios.
- Notificar al personal médico de la presencia del paciente.

- El celador traslada al paciente a urgencias, sala o cita de consultas que le corresponde según la atención médica que precise. Asegurándose de que los datos de su historia clínica corresponden con el paciente.
 - Asistir a los profesionales médicos, coordinándose con enfermería y facultativos para poder hacer el proceso de asistencia con la mayor fluidez posible.
 - Definir e implementar estrategias de respuesta de llamadas para los destinatarios, en el caso de encontrarse en el servicio telefónico, así como coordinar ambulancias para recogidas y transporte y con el equipo médico y de enfermería que corresponda dicho servicio.
 - Determinar el tipo de usuario a contactar directamente, demostrando seguridad, cortesía, interés, conocimientos y habilidades técnicas.
- Dentro de todas ellas, también se añaden peticiones de supervisor/a de servicio en casos especiales que así lo precisen.

5 Discusión-Conclusión

En este artículo se trata de dar a conocer la importancia de atender a los usuarios en S.U.A.P (Servicios de Emergencia de Atención Primaria) de manera efectiva y rápida, para poder trabajar de manera efectiva es importante estar familiarizado con estos servicios. El personal de celadores es el vínculo entre los pacientes y los trabajadores de la salud. El celador de una institución sanitaria debe poder realizar las diversas tareas que se le asignen. La implicación del personal de celadores es importante para el buen funcionamiento de los equipos multidisciplinares y es necesaria para la adecuada evolución de las relaciones entre estos servicios sanitarios y hospitales del sector sanitario y con los distintos profesionales que en él trabajan.

6 Bibliografía

1. "Atención, tratamiento y distribución de pacientes." Revista Ciudadano 2014, IV Temporada. Aragón, Suarez, D.; Rivera, V, M.A.; Cañas, A, M.M.
2. "Primeros auxilios para emergencias." Precio FMC. 1994
3. Martín Zurro A, Cano JF. Tyaki Tutahi. Madrid, 1996.

Capítulo 363

COMPETENCIAS Y CARACTERÍSTICAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

ISABEL GARRIDO MANZANARES

MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA

JESÚS GARCÍA BARRANCO

1 Introducción

El servicio de farmacia hospitalaria se enfoca en proporcionar Atención Farmacéutica tanto a los pacientes hospitalizados como a aquellos que reciben tratamiento de forma ambulatoria. En este servicio, colabora un equipo multidisciplinario de profesionales, que abarca tanto el ámbito sanitario como el administrativo. Este equipo incluye enfermeros, técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), técnicos de farmacia, celadores, auxiliares administrativos y farmacéuticos. Una de las tareas destacadas de los celadores asignados al servicio de farmacia es el traslado y disposición de productos farmacéuticos voluminosos y pesados, como sueros, alcohol, nutrición parenteral, agua destilada, entre otros, que a menudo se presentan en grandes cantidades y envases de considerable peso.

La función de los celadores en el contexto sanitario es sumamente valiosa, ya que desempeñan un papel crucial en la organización y el flujo de trabajo de diversos servicios hospitalarios. Entre estas funciones, el servicio de farmacia de los centros de salud se destaca por su importancia en la gestión y suministro de medicamentos a los pacientes. Los celadores en el servicio de farmacia, en particular, tienen un conjunto específico de competencias y características que los distinguen.

Es de suma importancia destacar que el rol del celador no comprende funciones de carácter sanitario, ya que está categorizado dentro del grupo de personal estatutario de gestión y servicios. Las responsabilidades del celador están principalmente definidas por el Estatuto del Personal No Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, según lo establecido en la Orden de 5 de julio de 1971 emitida por el Ministerio de Trabajo. Estas funciones se concentran en brindar apoyo al personal sanitario en el contexto de la farmacia hospitalaria.

Es de destacar que, en ningún caso, el celador está autorizado a desempeñar tareas de naturaleza sanitaria o a proporcionar información sobre protocolos farmacéuticos o tratamientos a los pacientes, tanto los hospitalizados como los ambulatorios. Su principal responsabilidad es estar atento a las necesidades expresadas por los pacientes, escuchar sus solicitudes y canalizarlas adecuadamente hacia los profesionales farmacéuticos, médicos u otros miembros del personal sanitario en las unidades correspondientes.

Resulta fundamental que los celadores brinden orientación e información sobre cuestiones generales, excluyendo las relacionadas con la atención sanitaria o temas administrativos, a los pacientes y usuarios. Este estudio destaca la relevancia de la colaboración cercana entre los celadores y los demás miembros del equipo del servicio de farmacia, con el propósito de asegurar una atención efectiva y de alta calidad.

El enfoque central de esta investigación se centra en analizar las competencias y atributos distintivos que caracterizan a los celadores en el contexto del servicio de farmacia. Se profundiza en su importancia en el proceso de recepción y distribución de medicamentos, la colaboración activa con el personal farmacéutico, la gestión eficiente de inventarios, así como en su interacción significativa con pacientes y usuarios del sistema de salud. Además, se explorará cómo la evolución de la farmacia y la tecnología ha influido en las responsabilidades y habilidades requeridas para desempeñar eficazmente este papel fundamental en el ámbito sanitario.

2 Objetivos

Exponer las funciones del celador en el servicio de farmacia.

3 Metodología

La investigación se desarrolló a partir de un proceso exhaustivo de revisión de fuentes, abarcando tanto la literatura científica como textos académicos. Se implementó una metodología de búsqueda sistemática, que comprendió la exploración de libros y la consulta de artículos en bases de datos académicas reconocidas. Se aplicaron criterios de selección que incluyeron la actualidad de las fuentes y la inclusión de textos en varios idiomas. Además, se garantizó el acceso completo a los artículos científicos elegidos, asegurando la calidad y relevancia de la información recopilada.

4 Resultados

El celador en farmacia desempeña un papel crucial en la gestión de medicamentos en un entorno hospitalario. Entre sus funciones se incluyen:

1. Recepción y distribución de medicamentos: los celadores en el servicio de farmacia tienen la responsabilidad de recibir los medicamentos suministrados por proveedores externos, verificar su integridad y distribuirlos de manera adecuada dentro del hospital. Esto asegura que los medicamentos estén disponibles en el momento adecuado para los pacientes y el personal médico. Además de informar a los superiores de los desperfectos o anomalías de los productos farmacéuticos.
2. Mantenimiento del inventario: la gestión eficiente del inventario de medicamentos es esencial para garantizar la disponibilidad y el control de las existencias. Los celadores colaboran en este proceso, llevando un registro preciso de las existencias, verificando las fechas de caducidad y ayudando en la reposición oportuna.
3. Cumplimiento de normativas y regulaciones: garantizar que se sigan las normativas y regulaciones farmacéuticas es esencial para la seguridad del paciente y la legalidad de la operación del servicio de farmacia. Los celadores deben estar al tanto de estas regulaciones y contribuir a su cumplimiento.

Características:

- Organización y mantenimiento: los celadores en farmacia deben mantener un entorno de trabajo limpio y organizado. Esto incluye el orden en el almace-

namiento de medicamentos, la limpieza de áreas de trabajo y la disposición adecuada de desechos farmacéuticos.

- Confidencialidad: la preservación de la confidencialidad es un aspecto fundamental en la gestión de la información de los pacientes y en la administración de medicamentos. Los celadores deben tener una profunda conciencia de la vital importancia que tiene salvaguardar la privacidad y la seguridad de los datos médicos y farmacéuticos.
- Comunicación efectiva: la comunicación fluida con el personal de farmacia y otros departamentos del hospital es fundamental. Los celadores deben estar dispuestos a recibir y transmitir información relevante de manera clara y precisa.
- Formación continua: dada la naturaleza dinámica del campo de la farmacia y la evolución constante de medicamentos y protocolos, los celadores deben estar comprometidos con la formación continua para mantenerse actualizados y desarrollar sus competencias.

En resumen, el estudio pone de manifiesto que los celadores en el servicio de farmacia tienen un impacto significativo en la administración segura y eficaz de medicamentos en un entorno hospitalario. Su desempeño en la recepción, distribución, mantenimiento de inventario, asistencia al paciente y cumplimiento de regulaciones contribuye en gran medida a la atención médica de calidad.

5 Discusión-Conclusión

La labor de apoyo del celador en las unidades de farmacia hospitalaria desempeña un rol sumamente relevante, ya que implica asistir al personal sanitario y establecer una comunicación efectiva con los demás integrantes del equipo de la unidad. Este compromiso contribuye significativamente a forjar un grupo de trabajo cohesionado y altamente eficaz. En estas tareas, el celador debe tener un conocimiento sólido de su cometido y entender claramente cuál es su función en diversas situaciones cotidianas en el entorno farmacéutico de un hospital. La formación continua se presenta como una herramienta importante para que los celadores sigan siendo efectivos en su trabajo y se adapten a los cambios en la farmacología y las prácticas médicas. En última instancia, este artículo resalta que la labor desempeñada por los celadores en el servicio de farmacia es esencial para asegurar una atención médica segura y de la más alta calidad a los pacientes en el entorno hospitalario.

En resumen, este estudio pone de manifiesto que los celadores desempeñan un papel fundamental en el proceso de suministro de medicamentos y la prestación

de atención a los pacientes en el contexto hospitalario. Sus funciones van más allá de la logística, ya que su trabajo tiene un impacto directo en la seguridad y la calidad de la atención médica. La colaboración efectiva, la gestión del inventario, la confidencialidad y la ética son elementos clave de su papel.

6 Bibliografía

Ministerio de trabajo. Orden del 5/7/1971 del Estatuto del Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. BOE nº 174. (1971). Consultado el 23 de septiembre de 2023. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1971-913

Instituto Nacional de la Salud. (1984). Plan de humanización de la atención sanitaria. Carta de derechos y deberes de los pacientes.

Análisis de la actuación del celador en el servicio de farmacia hospitalaria. Aspectos generales descritos en la literatura científica actual. Del 6 de julio de 2021. Disponible en: <https://revistamedica.com/analisis-celador-farmacia-hospitalaria/>

El celador en el servicio de farmacia. Del 31 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-el-servicio-de-farmacia/>

Capítulo 364

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS

ADRIANA NAVARRO BALLESTEROS

LAURA NAVARRO BALLESTEROS

ISABEL GARRIDO MANZANARES

MARIA TERESA BARRILERO VILLAFRANCA

JESÚS GARCÍA BARRANCO

1 Introducción

La autopsia es el último recurso para la obtención de la consulta médica, ya que la base anatómica de los signos y síntomas puede entenderse mediante la interpretación de los hallazgos post mortem, lo que se denomina correlación anatomo-clínica. Esto arroja luz sobre el estado de los procesos patológicos en el momento de la muerte y motiva una conferencia clínico-patológica, que permite la convergencia de las ciencias básicas con la medicina clínica. Además, habilita el estudio con fines científicos, asistenciales y educativos.

La práctica de una autopsia siempre conlleva desafíos. Tanto desde la perspectiva del derecho penal como del civil, el acto de "informar sobre la causa del fallecimiento y sus circunstancias" a menudo representa una tarea ardua y de resolución complicada. En ocasiones, incluso cuando la causa del fallecimiento es clara, las circunstancias que rodean el deceso no pueden esclarecerse completamente y se recurre a la exclusión de otras posibilidades.

Durante la realización de una autopsia, el celador de la unidad de anatomía patológica transporta el cuerpo a la sala de autopsias. Este proceso puede dividirse en dos escenarios distintos:

1. Almacenamiento en la cámara frigorífica: cuando no se programa una autopsia inmediata, el cuerpo del fallecido se traslada a una cámara frigorífica para su preservación hasta que se decida llevar a cabo el procedimiento.
2. Preparación para la autopsia inmediata: en casos en los que se requiere una autopsia inmediata, el cuerpo se coloca directamente en la mesa de autopsias. En esta fase, el celador de anatomía patológica cumple principalmente funciones de apoyo al médico anatomopatólogo o al médico forense.

Dentro del entorno hospitalario, las responsabilidades de un celador abarcan diversos ámbitos, y uno de los más particulares y especializados es la sala de autopsias. La naturaleza de este entorno y las complejas tareas que implica exigen la presencia de profesionales capacitados no solo para realizar funciones operativas, sino que también posean la sensibilidad y el respeto necesarios para tratar con situaciones delicadas relacionadas con la muerte y el proceso post mortem. El presente artículo se enfoca en explorar en detalle las funciones del celador en la sala de autopsias, resaltando la importancia de su labor en la facilitación de procedimientos médicos y el apoyo a los profesionales forenses. Se analizarán las responsabilidades clave que recaen sobre estos trabajadores, así como las cualidades y competencias que se requieren para desempeñar este papel de manera efectiva. Además, se examinarán aspectos éticos y de privacidad que son fundamentales en este entorno tan particular. Este artículo busca brindar una visión completa de la contribución esencial de los celadores en la sala de autopsias, subrayando su papel en la atención a los difuntos y en el respaldo al personal médico y forense en esta tarea crucial.

2 Objetivos

Describir las responsabilidades específicas de un celador en la sala de autopsias de los hospitales o entornos forenses.

Resaltar la importancia de los celadores en la sala de autopsias y cómo facilitan los procedimientos médicos y forenses.

Analizar las cualidades y competencias necesarias para ser un celador eficaz en este entorno.

3 Metodología

Este estudio se ha llevado a cabo a través de una minuciosa investigación que abarcó una amplia gama de fuentes, incluyendo literatura científica y textos académicos. El proceso de búsqueda se rigió por un enfoque sistemático, que involucró la exploración de libros y la revisión de artículos en bases de datos académicas de renombre. Se aplicaron criterios de selección para asegurar que las fuentes fueran contemporáneas y se incluyeron textos en varios idiomas. Se prestó especial atención para garantizar el acceso completo a los artículos científicos seleccionados, lo que garantizó la calidad y relevancia de la información recopilada.

4 Resultados

La primera responsabilidad fundamental del celador se centra en el transporte adecuado del cuerpo. Cuando se trata de pacientes hospitalizados, el proceso no implica un traslado directo al anatómico forense. En su lugar, se sigue un procedimiento meticuloso: después de llevar a cabo el proceso de amortajamiento del paciente, el cuerpo es trasladado al mortuorio del hospital. En esta fase, se realiza una rigurosa verificación de la identidad del cuerpo mediante etiquetas identificativas antes de proceder con el traslado al anatómico forense. Una vez en el anatómico forense, corresponde al celador la responsabilidad de trasladar el cuerpo a la sala de autopsias. En este entorno, se realizan exámenes minuciosos tanto en la superficie externa como en el interior del cuerpo, y se recogen muestras de órganos y fluidos corporales para análisis posteriores. Para una comprensión más detallada, desglosamos las funciones del celador en tres etapas clave:

Funciones a llevar a cabo antes de la autopsia:

1. Transporte del cuerpo: el celador ejecuta el traslado de los cuerpos al área de autopsias, siguiendo rigurosos protocolos de manejo que garantizan un trato respetuoso, preciso y cuidadoso.
2. Preparación del entorno: la preparación de la sala de autopsias recae en manos del celador, quien se encarga de asegurarse de que esté completamente limpia, organizada y equipada con todas las herramientas y equipos necesarios para el procedimiento.

Funciones durante la autopsia:

3. Asistencia durante la autopsia: Durante el procedimiento, el celador brinda apoyo al personal médico y forense, ayudando en la manipulación del cuerpo, la

toma de muestras y la documentación de hallazgos. Entre sus responsabilidades, se incluye el pesaje de los órganos extraídos durante la autopsia, así como el registro preciso de estos datos. Además, es responsable de colocar las muestras resultantes en tubos herméticos para su posterior análisis en el laboratorio. Un aspecto particularmente singular de la labor del celador en este contexto es el proceso de rellenar el cuerpo antes de su cierre final por parte del médico forense.

Funciones después de la autopsia:

4. Componer y asear el cuerpo antes de llevar a cabo el proceso de amortajamiento. Posteriormente, se encargará de realizar la limpieza y el orden de la sala de autopsias, dejándola lista para la siguiente autopsia.

5. Registro y documentación: Es responsabilidad del celador mantener registros precisos de las autopsias realizadas, incluyendo datos relevantes sobre el cuerpo y los procedimientos. En este caso se encargará de trasladar las muestras recogidas durante la autopsia al servicio de anatomía patológica y repartir el resultado de las biopsias y otras pruebas realizadas entre los diferentes servicios del hospital.

6. Comunicación: El celador se comunica de manera efectiva con el equipo médico y forense, asegurando una coordinación adecuada durante la autopsia.

7. Mantenimiento de la privacidad y el respeto: Se espera que el celador mantenga un alto grado de ética y respeto hacia los cuerpos y las familias de los fallecidos, garantizando la confidencialidad y la dignidad en todo momento.

En el estudio se ha destacado la importancia fundamental del rol del celador en la sala de autopsias, subrayando su contribución esencial para garantizar el adecuado desarrollo de procedimientos médicos y forenses. Este personal desempeña un papel crucial en la preparación, asistencia y documentación de autopsias, lo que garantiza resultados precisos y confiables en investigaciones médicas y forenses. Uno de los aspectos más relevantes discutidos es la necesidad de que los celadores en la sala de autopsias sean individuos éticos y respetuosos, que comprendan la sensibilidad de este entorno y la importancia de mantener la privacidad y la dignidad de los cuerpos y las familias de los fallecidos. Además, la comunicación efectiva con el personal médico y forense es esencial para una coordinación adecuada durante el procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, este capítulo destaca que los celadores en la sala de autopsias tienen un papel crítico en el ámbito de la medicina y la forense. Su labor va más allá de tareas logísticas y administrativas, ya que su trabajo contribuye directa-

mente a la obtención de datos precisos que son vitales para investigaciones médicas y forenses. Además, su comportamiento ético y su capacidad de mantener la confidencialidad y el respeto hacia los cuerpos y las familias son fundamentales. Basándonos en lo mencionado anteriormente, llegamos a la conclusión de que la función principal del celador es de naturaleza auxiliar. Su labor consiste en cumplir rigurosamente las instrucciones y órdenes impartidas por el personal médico. Cabe resaltar que el celador no debe manipular ni utilizar ninguna herramienta sobre el cuerpo en ningún momento. Por lo tanto, debe mantener un trato hacia este que refleje respeto, consideración y seriedad en todo momento.

6 Bibliografía

Gisbert Calabuig, J. A., Verdú Pascual, F. A. (1998). Autopsia medicolegal. En Gisbert Calabuig, J.A. Medicina legal y toxicología. 5ª Edición, Masson, Barcelona, 1998.

Actuación del celador en las salas de autopsias y mortuorios. Revista Ocronos Vol. III N° 4, pp 385. Agosto 2020

Las funciones del celador en la sala de autopsias. Depósito legal: CA – 27 – 2019. ISSN: 2603 – 8358 (ed. Electrónica).

Las funciones del celador en la sala de autopsias. Del 22 de febrero de 2020. Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-celador-sala-de-autopsias/>

Aproximación a la labor del celador en una sala de autopsias. Del 19 de julio de 2023. Disponible en: <https://revistamedica.com/labor-celador-sala-autopsias/>

Capítulo 365

LAS FUNCIONES QUE DEBE REALIZAR UN CELADOR ANTE UN PACIENTE TERMINAL

MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA

IRINA KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA

CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO

SERGIO RUBIO PLANCHAS

INMACULADA CARO CORDERO

1 Introducción

La OMS junto con la Sociedad Española de cuidados paliativos, definen al paciente terminal como aquel paciente que tiene una enfermedad incurable y que actualmente sigue progresando y con una gran velocidad y es por esa razón que tienden a tener un pronóstico vital limitado y además reservado.

Estos pacientes en fases terminales, son enfermos que no han tenido ningún resultado o alguna mejoría con los distintos medicamentos que sus propios médicos especialistas les han ido administrando.

Por estos motivos se espera a la muerte en un tiempo mínimo de 3 a 6 meses.

El trato que se debe de tener con estos enfermos que tiene una enfermedad terminal es de ya no mirar el curarlos, sino conseguir darles los cuidados necesarios

que en estos momentos tan difíciles necesitan, como darles una ayuda psicológica y conseguir quitarles los dolores.

A este tipo de pacientes hay que cuidarlos no solo físicamente sino psicológicamente también, ya que están en una de las etapas más duras, pero no solo para el enfermo que está sufriendo, sino también para los acompañantes y familiares que se encuentran con él, ya que los familiares son espectadores externos de lo que le está sucediendo al paciente.

Por estas razones el personal sanitario que está compuesto por un gran equipo multidisciplinar que son los médicos, los enfermeros, los auxiliares de enfermería y también al personal no sanitario como lo son los celadores, que tienen que guardar consideración, humanidad y aprensión por estos pacientes, por su situación y por sus familiares, ya que están pasando por unos momentos difíciles y complicados y es por esta razón por la que hay que sentir humanidad hacia ellos.

El celador con los enfermos terminales debe de tener una buena formación para saber cómo actuar ante el paciente y sus familiares.

2 Objetivos

Explicar cuáles son las actitudes y las labores que deben cumplir los celadores ante un paciente terminal.

3 Metodología

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

4 Resultados

En este apartado vamos a explicar cuáles son las funciones del celador ante el paciente terminal:

Proporcionarán una observación continuada y personalizada, desarrollando así la dignidad del enfermo.

Realizarán a los pacientes una higiene diaria y constante, además de mantener limpia la unidad del enfermo.

El habitáculo del enfermo es todo aquello que le corresponde al paciente, por ejemplo: Su mobiliario y todo aquel instrumental que el enfermo utilice o que necesite.

Vigilarán comportamiento de los familiares ante algunas situaciones que se puedan dar, así como cuidarán de los comentarios que puedan decir.

Los celadores tienen que mostrar empatía, para conseguir comprender tanto a los familiares como a los enfermos que se encuentran en estas situaciones tan críticas.

Deberán estar atentos ante las necesidades psicológicas del enfermo e intentar comprenderlo.

Los enfermos terminales pasan por 5 fases antes de la aprobación de la muerte, pero no todos los enfermos logran pasar por las 5 fases, aunque casi todos pasan por al menos 2 de ellas.

La primera etapa a la que se enfrenta el paciente es la negación, es un enfrentamiento que tiene el enfermo, ya que este no acepta la enfermedad.

La segunda fase con la que se encuentra el paciente es la de la ira, el paciente en esta etapa siente pena, disconformidad, además de coraje.

La tercera etapa con la que se topa el paciente es la de negociación, en esta fase el enfermo empieza a digerir el triste desenlace, pero intentará posponer y prolongar el enlace final.

Y la cuarta y quinta fase son las más duras, ya que se trata de la aceptación del paciente, ya ha aceptado el trágico destino que le espera, la muerte.

Cada persona es un mundo diferente y, por lo tanto, cada persona pasa por un duelo distinto.

En estos casos el celador de este servicio tiene que tratar a cada enfermo de una manera distinta, pero siempre teniendo en cuenta las creencias de cada uno.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión sobre los distintos comportamientos y sobre las diferentes funciones que el celador debe de tener.

El celador es una parte esencial dentro del grupo de sanitarios que se localizan cuidando al paciente en el estado terminal de sus últimos alientos de vida.

El celador junto con el equipo de sanitarios buscarán la comodidad del enfermo en la fase terminal ante todo lo demás, por eso deben de tener unos objetivos claros ante este tipo de pacientes.

Para poder ofrecerle unos cuidados más específicos a cada uno de los enfermos, el celador tiene que saber en qué etapa se encuentra el enfermo, y así poder lograr que el celador se ponga en el lugar del paciente y poder tener empatía por él. Los celadores tienen que recibir una formación específica sobre cuidados paliativos, de esta manera se logra conseguir que los pacientes se encuentren como en su casa.

Con esta formación cooperamos a que los celadores puedan realizar un correcto trabajo y consigamos además que puedan ofrecer ayuda al personal sanitario, a los enfermos terminales y a sus familiares.

6 Bibliografía

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>
CuidatePlus. (2017, marzo 6). CuidatePlus. <https://cuidateplus.marca.com/>
Comprehensive cancer information. (1980, enero 1). National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/>

Capítulo 366

LAS LABORES QUE DEBEN EJECUTAR LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA Y PRIMARIA

MARÍA JOSÉ LOPEZ GARCÍA

IRINA KOSTOVA SEMOVA-PETKOVA

CARLOS MARTÍNEZ NAVARRO

SERGIO RUBIO PLANCHAS

INMACULADA CARO CORDERO

1 Introducción

En el artículo 14.2 de la orden ministerial del 5 de julio de 1971, del estatuto personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social, se localizan las distintas tareas que los celadores deben de realizar en los diferentes servicios en los que se encuentren trabajando.

Con esta publicación lo que queremos lograr, además de demostrar poder efectuar una breve descripción detallada al máximo de todas o casi todas las tareas que un celador de información debe de realizar diariamente en su centro hospitalario o en los diferentes centros de salud de atención primaria.

Con esta publicación también señalaremos que el área de información se puede localizar en la puerta principal de los centros hospitalarios.

Es sabido ya que los celadores de puerta son una parte fundamental dentro de las instituciones sanitarias, ya que debido a su gran labor como personal de información, nuestros pacientes logran llegar adecuadamente a cada una de sus consultas o a cada servicio que ellos deseen llegar.

Para ello, los celadores de información deben de ser amables, educados y sobre todo empáticos, puesto que podemos llegar a dar con unos familiares y pacientes alterados y nos puedan herir con su vocabulario.

2 Objetivos

Demostrar las distintas actuaciones que el celador de información de un centro hospitalario o de los diferentes centros de atención primaria puede encontrarse diariamente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando un enfermo, acompañante o simplemente compañero de trabajo entra en las diferentes instalaciones hospitalarias por la puerta principal, lo primero con quien se tropezará es con los celadores de información y auxiliares administrativos que por norma general se suelen situar en el mostrador de información. Las labores que deben de efectuar los celadores de información son bastante delicadas, ya que son al primer personal con la que se encuentran las personas, ya sean pacientes o acompañantes.

Para poder efectuar bien su labor en este puesto tan complejo, se requiere una serie de actitudes y aptitudes tales como: cordialidad, serenidad, afinidad y comprensión.

Estos requisitos son más que necesarios a la hora de enfrentarse al puesto de información, ya que las personas que van a acceder al centro hospitalario, van a

formular varias preguntas, se encontrarán en difíciles situaciones y podrían ir enfadados o cabreados, el celador solo podrá responder con serenidad y cordialidad a las que sean de su competencia.

Vamos a destacar las principales labores que el celador debe de realizar:

Indicará sobre las distintas consultas externas, el lugar o las plantas donde estas se encuentren y además les indicará a los enfermos y acompañantes las formas y los lugares por donde llegar a ellas.

Examinará las personas ajenas que hayan accedido al hospital, prohibiendo así la entrada a toda personas que pueda padecer síntomas de embriaguez, suciedad o tengan la sospecha que pueden armar un alboroto, ya que el centro hospitalario es un lugar serio.

Impedirán el acceso de comida y bebida que vengan del exterior, puesto que este tipo de comidas y bebidas no están permitidas en el centro hospitalario, pudiendo así obligar a las personas a dejarlas en la guardia y custodia en el mostrador.

Registrarán las salidas que realicen los enfermos, ya que estos deben de llevar encima la acreditación que les indique que pueden abandonar los centros hospitalarios.

Llevarán a los enfermos hasta el interior de las plantas hospitalarias en caso de que sean ingresos, también los guiarán al quirófano o al hospital de día, eso sí, siempre el enfermo debe de estar debidamente identificado mediante una pulsera, que deberá portar el enfermo en una de sus muñecas.

Recogerán la correspondencia diaria y se le confiará de ordenarla, dependiendo de si el correo es interno para los distintos departamentos o simplemente es un correo exterior, que eso implicará que son para los domicilios particulares o para los centros de salud de la provincia.

Asignarán el correo que sea interno de los distintos departamentos que ellos tengan exclusivamente estipulados, el resto de cartería lo repartirá el celador de retén.

Brindarán una silla de ruedas a las personas que las necesiten para poder acceder o para poder llegar hasta el lugar donde se encuentre asignada su consulta externa.

Velarán por el orden y por el máximo silencio posible en su zona de trabajo.

Señalizarán a los familiares de los enfermos los horarios y los días que le medico podrá atenderles, apuntándolos en las listas con su nombre y apellidos, el número de habitación donde se encuentre y la especialidad a la que el enfermo corresponde.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores que se encomendarán del punto de información, son las primeras personas que dan la bienvenida al paciente o acompañante, por lo que deben de tener un tacto muy especial a la hora de asistirlos y de responderles las preguntas que estos les puedan realizar.

Los celadores que se encomienden en este puesto deben ser personas extravertidas y cautelosas, además de tener una paciencia extrema.

Tienen la obligación de no faltar jamás el respeto a las personas o a pacientes y permitirles la información apropiada sin olvidar la ley de protección de datos.

El celador de información debe tener vigente algunos valores, que para este puesto son muy necesarios, deben de saber situar al enfermo y además de tratar a todo el mundo igual, sin hacer ninguna excepción.

Tienen que tener confidencialidad sobre la información que ellos tengan y también deben dar prioridad y objetividad a los diferentes problemas.

También deben de entender y realizar una justa valoración de las diferentes demandas que pueden realizarle los enfermos o sus acompañantes.

6 Bibliografía

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. Recuperado el 18 de junio de 2023, de <https://www.boe.es/>

FFIS - Inicio. (s/f). Ffis.es. Recuperado el 19 de junio de 2023, de <https://www.ffis.es/>

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. (s/f). Gob.es. Recuperado el 30 de agosto de 2023, de <https://ingesa.sanidad.gob.es/>

Capítulo 367

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

RAQUEL GARCIA ALFARO

ISABEL MARÍA MARTÍNEZ GÓMEZ

ISABEL BAÑOL MONTOYA

ALICIA CAÑADAS RIVAS

MARIA DE LOS ANGELES MARTINEZ GONZALEZ

1 Introducción

El servicio de urgencias de un hospital atiende las demandas de asistencia de urgencia de pacientes externos. Ofrece atención sanitaria urgente, en el menor tiempo posible y con la mayor eficacia.

El personal médico, de enfermería y auxiliares administrativos en el servicio de urgencias se encuentran disponibles las 24 horas durante todos los días. Es un servicio dentro del centro hospitalario que no duerme, vela todos los días por el bienestar y la pronta recuperación de sus pacientes.

El auxiliar administrativo de este servicio se encarga de recepcionar a los pacientes que llegan a él. Se le solicitará una serie de datos como son el nombre y apellidos, fecha de nacimiento, dirección o datos personales, pero además, y sobre todo, la razón de su visita al servicio de urgencias. Para poder considerar la gravedad de la urgencia y el orden de entrada a triaje y la consulta del doctor.

Toda información recogida será actualizada en el sistema informático para poder brindar la atención necesaria lo más rápido y eficaz posible. Es muy importante realizar una correcta jerarquización de los pacientes que acuden a este servicio.

El personal auxiliar administrativo que trabaja en el servicio de urgencias precisa de ciertas habilidades sociales y comunicativas, ya que es un servicio especialmente duro y/o complicado.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo en urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

El servicio de urgencias presta atención las 24 horas del día. Tanto el personal sanitario como el personal no sanitario realiza turnos para cubrir esas horas. En el caso de los auxiliares administrativos suelen ser tres turnos, mañana, tarde y noche.

La comunicación en cualquier proceso asistencial es imprescindible, a través de ella recibimos y damos información, tanto a pacientes como con el conjunto de compañeros. De todo esto, llegamos a la conclusión de que es necesario recibir formación en este aspecto, para todos los profesionales que forman parte del equipo sanitario y no sanitario.

El auxiliar administrativo que trabaja en el servicio de urgencias precisa de unas habilidades sociales y comunicativas, ya que se encuentran ante situaciones de

emergencia, estrés, nerviosismo, ansiedad, ... Las habilidades sociales que debemos buscar en este profesional serían:

- Vocación por el servicio, imprescindible porque es un servicio especialmente duro y complicado. En muchas ocasiones se convierte en un reto brindar un buen trato al paciente con necesidades urgentes.
- Comunicación asertiva, la empatía, el acercamiento con los demás hace que se cree una conexión efectiva con los pacientes y familiares.
- Manejo de la frustración, gestión del tiempo y resolución de conflictos.
- Buena atención y cercanía con los pacientes.
- Claridad y efectividad en la telecomunicación.
- Saber gestionar las emociones.
- Tolerancia y paciencia.

Según Nathaly Moreno: "El trabajador debe ser empático, desarrollar su capacidad de autogestión, ser analítico y un líder positivo. Además, debe tener la capacidad de adaptarse para hacer las cosas diferentes y proponer nuevos cambios".

El servicio de urgencias está dividido en sección: admisión, triaje, atención crítica, boxes y sala de espera y observación. En la L. O. de 28 de mayo de 1984, artículo 2. d. se recogen las funciones de los auxiliares administrativos y el personal de gestión. En esta orden se recoge que los auxiliares administrativos tienen como función el apoyo material, ejercicio y desarrollo de tareas administrativas en los centros hospitalarios.

Una de las principales tareas del auxiliar administrativo es recepcionar al paciente que llega a urgencias, pedirle la tarjeta sanitaria y el DNI y abrir su ficha de urgencias. Se rellenarán todos sus datos personales y se le preguntará el motivo por el que acude a este servicio. De aquí el paciente pasará a triaje.

Los auxiliares administrativos también se encargan de enviar los documentos necesarios y generados durante la asistencia de los pacientes, como puede ser a Sanidad, parte de lesiones, etc.

Otra de las funciones del personal auxiliar administrativo del servicio de urgencias es la de gestionar los ingresos, siempre previo aviso a la planta, se le dará habitación y cama.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del personal auxiliar administrativo en el servicio de urgencias se da bajo condiciones de estrés, bajo presión y con eficacia y rapidez. Por todo ello, el personal auxiliar administrativo debe poseer unas habilidades sociales y comunicativas especiales que le permitan trabajar de la manera más eficaz posible bajo estas condiciones, además dando un trato y tratamiento de calidad a los pacientes que requieren solicitan este servicio.

El centro hospitalario debe ofrecer cursos a todo el personal, sea sanitario o no sanitario, en relación con habilidades sociales, ya que estas se pueden aprender, con práctica y trabajando en ello de forma constante.

6 Bibliografía

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

Capítulo 368

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

RAQUEL GARCIA ALFARO

ISABEL MARÍA MARTÍNEZ GÓMEZ

ISABEL BAÑOL MONTOYA

ALICIA CAÑADAS RIVAS

MARIA DE LOS ANGELES MARTINEZ GONZALEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo es una de las primeras caras que ve el paciente cuando entra en el centro sanitario, sobre todo cuando el trabajo se desempeña en un control, como puede ser el caso de radiodiagnóstico.

El servicio de radiodiagnóstico es una unidad que forma parte del hospital, con personal sanitario y no sanitario. El personal no sanitario engloba a celadores y auxiliares administrativos. Los auxiliares administrativos en el servicio de radiodiagnóstico se encargan de gestionar las citas de todas las pruebas diagnósticas que se realizan en ese departamento, como pueden ser resonancias, ecografías, TAC, placas...

El auxiliar administrativo saca todas las peticiones de las pruebas que han solicitado los facultativos, se clasifican por orden de prioridad y así son citadas con mayor o menor urgencia.

Además, el auxiliar administrativo en este servicio se encarga de transcribir los informes de las pruebas que previamente han informado y grabado los radiólogos. Una vez firmados, estos informes son digitalizados en la historia clínica de cada paciente. Los pacientes pueden tener acceso a sus resultados si así lo solicitan a través del servicio de atención al paciente, de todos modos, el médico que solicitó la prueba le va a decir los resultados en la siguiente consulta.

2 Objetivos

Conocer las funciones principales del auxiliar administrativo en el servicio de radiodiagnóstico.

Conocer el perfil y competencias profesionales del auxiliar administrativo en el control de radiodiagnóstico.

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

Los auxiliares administrativos que trabajan en los controles o recepciones, en este caso que nos ocupa, el control de radiodiagnóstico, son las personas que se encargan de recibir a los pacientes y/o sus familiares.

Entre otras funciones, el auxiliar administrativo se encarga de recepcionar las llamadas telefónicas, dar citas para las pruebas que en este servicio se programan y desarrollan, actualización de la ficha de los pacientes. Podemos enumerar las funciones que desempeña el auxiliar administrativo en el servicio de rayos:

- Actualizar el registro de los datos de los pacientes, si ha cambiado de número de teléfono, de dirección...
- Responder, registrar y devolver las llamadas de teléfono, dando la información solicitada.

- Mantener el orden en la recepción y en la sala de espera.
- Transcribir los informes dictados por los radiólogos y demás tareas administrativas, como puede ser la clasificación de las pruebas médicas, organización de la oficina, llamadas al servicio de ambulancias...
- Ofrecer su ayuda a los usuarios del centro sanitario, concertar citas, ubicación de la sala a la que deben acudir, etc
- Rescatar los volantes electrónicos de los pacientes que están citados el día siguiente para que todo esté preparado.
- Citar y organizar las pruebas que se tienen que hacer en las plantas o la UCI de nuestro centro hospitalario.
- Abrir, cerrar y bloquear las agendas de citas de pruebas a petición de los radiólogos.
- Muy importante, mantener la confidencialidad de los datos de los pacientes que acuden a nuestro servicio y, en general, a nuestro centro sanitario.

El perfil y las competencias del auxiliar administrativo del control de radiodiagnóstico sería:

- Tener habilidades de comunicación y habilidades sociales.
- Ser capaz de gestionar información confidencial.
- Mantener una aptitud calmada y tranquilizadora.
- Ser amable, empática y servicial con los pacientes y sus acompañantes.
- Ser organizada, capaz de priorizar las tareas.
- Aguantar la presión con la que se trabaja en un control de cara al público.
- Tener conocimientos y habilidades en ofimática.
- Saber y ser capaz de trabajar en equipo.
- Ser una persona asertiva.
- Tener habilidades en mecanografía.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del auxiliar administrativo en un control, de cara al público, es un trabajo que en muchas ocasiones se trabaja bajo una gran presión, con un volumen de pacientes muy elevado. A lo largo del turno de trabajo habrá momentos en que se acumule gran cantidad de pacientes tanto en el control como en la sala de espera, ya que en el servicio de radiodiagnóstico se realizan una gran cantidad de pruebas diferentes, ecografía, resonancia, TAC, placas... Hay diferentes salas para cada prueba, pero para las mismas horas van llegando pacientes que

están citadas a las diferentes opciones de pruebas. Es por todo esto que en determinados momentos parece que reine el caos en el servicio, por ello, el trabajo del auxiliar administrativo cobra vital importancia, es la persona encargada de la gestión de estos momentos, el auxiliar administrativo con sus destrezas en habilidades sociales, la atención al paciente y su recursos para gestionar el tiempo, debe mantener el orden para una mayor eficacia, eficiencia y calidad en el servicio prestado.

6 Bibliografía

1. Manual de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario de Albacete
2. <https://educaweb.com>
3. Manual de organización y funciones del servicio de radiología. (2017). Dra. María Isabel Rodríguez

Capítulo 369

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: GESTIÓN DE DOCUMENTACIÓN NO CLÍNICA

PILAR GARCIA_VILLARACOBUEÑDIA

INMACULADA CONCEPCION PEALVERSAEZ

ANA ISABEL GARCIA PEALVO

FERNANDA FERNANDEZ RIVERA

ANA MARATEN OMARQUEZ

1 Introducción

La documentación sanitaria podemos definirla como el conjunto de documentos que se han generado en la prestación de atención sanitaria a un paciente, y documentos relativos a la gestión administrativa relacionada con dicha atención generada al paciente.

Dentro de la documentación sanitaria, podemos dividirla o clasificarla en dos tipos de documentación, por un lado la documentación clínica, que está relacionada directamente con la asistencia sanitaria y por otro lado, hablamos de la documentación no sanitaria que aunque esté también relacionada con la asis-

tencia sanitaria, se trata de la documentación relativa a la gestión asistencial, administrativa o social.

La documentación sanitaria más importante sería la Historia Clínica HC, que podemos definirla como aquellos documentos de un paciente que se han generado a lo largo de toda su atención sanitaria, y que nos da información sobre sus enfermedades, tratamientos, patologías, problemas relacionados con su salud, etc.

Según la legislación vigente, HC se define como "el conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo de su proceso asistencial. Al igual que la documentación clínica deja constancia del proceso asistencial con datos relativos a su salud, el principal objetivo de la documentación no clínica sería dejar por escrito las gestiones, clasificar y ordenar los diferentes trámites administrativos para evitar errores en el proceso.

2 Objetivos

Conocer el manejo (al igual que en la documentación clínica) de las gestiones administrativas que desarrolla el auxiliar administrativo en el centro de salud.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo para el desarrollo de este capítulo, una investigación detallada consistente en una revisión bibliográfica y una búsqueda en las principales bases de datos como Science, Google, etc. a la vez que se ha aportado experiencia personal en el desarrollo de las tareas administrativas dentro de los centros de salud.

4 Resultados

Nos centramos en la gestión de la documentación no clínica, y podemos clasificarla en:

-Intrahospitalaria: Será la documentación necesaria para el desarrollo, entre profesionales de la actividad dentro de un mismo hospital, siempre que no sean de carácter asistencial de los pacientes. Suelen desarrollarse entre los propios profesionales:

- . Hojas de petición de uniformes para profesionales sanitarios, y de ropa para pacientes ingresados.
 - . Hojas de planificación de Dietas, según la prescripción médica, se utiliza para informar a la cocina de cada dieta del paciente.
 - . Petición y a la vez, recepción de materiales.
 - . Realizar planillas de turnos, donde se indica los turnos de trabajo y los días libres o guardia del personal del centro sanitario.
 - . Realización de Agendas de los distintos profesionales del centro, para establecer un horario de atención al paciente.
- Extrahospitalaria: Tratará la documentación relacionada con la asistencia al paciente, pero se tratará de documentos externos del hospital. Podemos decir que son documentos donde el paciente hace constar el tratamiento, la estancia en el centro, la quejas sobre la atención recibida...
- Entre ellas podemos destacar:
- . Reclamaciones, quejas y sugerencias.
 - . Recetas médicas.
 - . Justificante de visita al médico.
 - . Partes de incapacidad temporal; documento en el que se especifica y justifica la ausencia al trabajo del paciente, ya sea por accidente o por enfermedades.
 - . Tarjeta Sanitaria: solicitud, trámite, gestión en la variación de datos de la Tarjeta Sanitaria, para facilitar así el acceso de los usuarios al Sistema Nacional de Salud.
- Intercentros: Se tratará de documentos que se utilizan para facilitar la comunicación entre centros relacionados, hospitales de referencia. Podemos destacar el volante de solicitud de interconsulta, que consiste en la derivación del paciente, por petición del médico de cabecera, para solicitar pruebas complementarias con el siguiente nivel de atención asistencial como es la atención especializada.

5 Discusión-Conclusión

Podemos destacar la gran labor que realiza el personal auxiliar administrativo en el sistema sanitario, ya que el día a día de su trabajo, no solo consiste en cuestiones relacionadas con la atención clínica, sino que también tiene mucha importancia la gestión de la documentación no clínica para el buen funcionamiento del centro hospitalario.

Podemos resumirlo en los 3 tipos de documentación: intrahospitalaria, extrahospitalaria y documentación intercentros.

En cada uno de ellos, se requiere unas gestiones diferentes, pero no menos importantes, podemos destacar, los documentos relativos al pedido y recepción

de materiales, las hojas de planificación de dietas....Las hojas de reclamaciones y sugerencias, la tramitación y gestión de la Tarjeta Sanitaria y por último la tramitación de solicitud de interconsultas para que sean atendidos los pacientes en la atención especializada y así poder ampliar y finalizar con la asistencia sanitaria completa de un paciente.

Por todo ello, cabe destacar la labor tan encomiable y poco reconocida que desarrolla el personal auxiliar administrativo a lo largo de su jornada de trabajo.

6 Bibliografía

Salud Informa- Documentación clínica.

Salud, nutrición y Deporte "Dietéticaynutricionweb.wordpress.com"

Experiencia personal en el puesto de Auxiliar Administrativo sanitario

Capítulo 370

ATENCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO A LAS PERSONAS MAYORES EN EL SISTEMA DE SALUD

PILAR GARCIA_VILLARACOBUEÑDIA

INMACULADA CONCEPCION PEALVERSAEZ

ANA ISABEL GARCIA PEALVO

FERNANDA FERNANDEZ RIVERA

ANA MARA TENOMRQUEZ

1 Introducción

En las últimas décadas, la esperanza de vida ha aumentado de forma generalizada, sobre todo en los países desarrollados, con lo que ha afectado al funcionamiento de la sociedad y, por tanto, los sistemas sanitarios. La población envejece con mejor calidad de vida.

Al envejecer la población, la problemática de las patologías crónicas surge en la población. Estas enfermedades suponen un elevado porcentaje de la atención de nuestros sistemas sanitarios. El personal auxiliar administrativo suele ser el encargado de gestionar el proceso de primera atención a estos pacientes.

Suelen ser los profesionales no sanitarios que atienden las primeras demandas de estas personas que se encuentran desfasadas con la actualización y digitalización de la sociedad y, por tanto, de la sanidad.

El personal de gestión y servicios en la persona del auxiliar administrativo debe recibir la formación correcta para poder desempeñar sus funciones y labores de atención de los usuarios del sistema y en concreto a las personas de la tercera que van en aumento y que no saben defenderse en un sistema lleno de tecnología y digitalización.

Es el auxiliar administrativo el que facilita el primer contacto con el medio sanitario y debe facilitar su acceso. En muchas ocasiones, estos profesionales facilitan los trámites que estas personas deben realizar y logran que el miedo y la tensión de estas personas disminuya y aprendan a defenderse frente a una sociedad que los está evitando.

2 Objetivos

- Generar unas pautas para el auxiliar administrativo en el trato a las personas de la tercera edad.
- Evidenciar el desfase que las personas de la tercera edad tienen con la tecnología y la digitalización.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las personas de la tercera edad son personas adultas que deben ser tratadas como tal, ya que tiene personalidad jurídica, en muchas ocasiones se ven tratados como infantes. Deben recibir comprensión, ya que se encuentran en un mundo que va más rápido que ellos. La sanidad debe proteger a estas personas no solo físicamente sino a nivel mental desde los principios que la sostiene, siendo uno de

ellos la equidad y acceso igualitario.

Por esto, el personal administrativo en el trato con personas mayores debe:

- Tratar con educación y amabilidad.
- Ser respetuoso en el trato y en el lenguaje.
- Utilizar correctamente el tono de voz y la manera de transmitir debe mostrar tranquilidad, claridad, certeza y seguridad.
- Vocalizar lentamente y con tranquilidad.
- Utilizar un lenguaje apropiado a su edad.
- Ofrecer notas claras y sencillas.
- Explicarles de la mejor manera el uso de las nuevas tecnologías para que se vayan habituando.

Se debe evitar en todo momento las siguientes actitudes:

- Neutralizar la forma de ser y las vivencias de estas personas, con respecto a la evolución de la sociedad.
- Tratarlos fuera de los principios de la bioética.
- Tratarlos como menores de edad, infantilizarlos o llamarles abuelos.
- No reconocer que son adultos que les ha tocado vivir un proceso de cambio y que ellos deben ser tratados como parte de la sociedad.

En muchas ocasiones se utilizan vocablos que no favorecen la atención:

- El vocablo “abuelo” no es persona de la tercera edad, pues muchos de ellos no lo son. A la vez que ello implica un trato cercano que no tenemos con ellos. Se les debe llamar mayores o de usted.
- El paternalismo con el uso de vocablos que no muestran un trato educado y correcto.
- Los vocablos “viejo/a” para dirigirse a ellos no favorece la atención al usuario.

Un auxiliar administrativo debe poseer las siguientes competencias para realizar un trabajo de calidad:

- Informar con todos los datos que se posean para que ellas puedan decidir.
- Orientar al adulto mayor para que tome una decisión.
- Sensibilizar para que ellos puedan ejercer sus derechos correctamente.
- Prestar apoyo y tiempo para que tomen sus decisiones.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, el auxiliar administrativo debe especializarse en el trato a las personas de la tercera edad. Para la sociedad en general y en concreto para el sistema sanitario, existe un problema grave en la atención que se presta a estas personas que cada vez es mayoritaria en nuestra sociedad.

La población está envejeciendo y a su vez el desarrollo tecnológico es cada vez mayor y esas personas se encuentran huérfanas ante las demandas para cubrir sus necesidades, siendo la sanidad una de sus necesidades a las que muchas veces no pueden acceder por ese desfase.

Los centros de atención primaria suelen ser el primer contacto con los mayores, por ello son los centros que deben formarse en la atención y comunicación a estas personas. Los primeros profesionales son los auxiliares administrativos y de ellos depende que se produzca el enganche y la atención a los procesos de estas personas mayores.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com>.
2. <https://www.agefec.org>.
3. <https://madrid.es>.
4. <https://deustosalud.com>.

Capítulo 371

EL CELADOR EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

ROSA MONTERO NÚÑEZ

MARIA SATUE GABALDON

ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

1 Introducción

Es importante saber la diferencia entre una urgencia y una emergencia sanitaria.

Urgencia: Situación que no amenaza de forma inminente la vida de un enfermo, pero este debe ser atendido en no más de 24-48 horas.

Emergencia: situación que implica riesgo vital para el paciente. La actuación debe ser inminente.

El servicio de urgencia deberá estar dotado de todos los elementos necesarios para poder atender todas las emergencias y urgencias que se den durante el turno de trabajo. Para ello será necesaria la colaboración de todos los trabajadores, dejar los materiales en su sitio y en caso de utilizar alguno que necesite esterilización y desinfección, deberemos tenerlo en cuenta para la siguiente utilización.

En el servicio de urgencias encontraremos a los siguientes profesionales sanitarios, médico, enfermero, técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear, técnico medio en cuidados auxiliares de enfermería, celador

y limpieza. Será de gran importancia la gran implicación y coordinación de todo el equipo para suplir todas las urgencias y emergencias que hayan ocurrido en el turno.

El servicio de urgencias se divide en las siguientes áreas: triaje, box respiratorio, box de paradas, box de traumatología, box de medicina interna, observación y zona de Rayos X (RX).

2 Objetivos

- Informar sobre el funcionamiento del servicio de Urgencias.
- Describir las funciones del celador en el servicio de Urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros científicos y se han consultado artículos en las principales bases de datos como por ejemplo Pubmed, Medline, y Scielo. También se han utilizado palabras claves como el celador, el celador en urgencias, servicio de urgencias.

4 Resultados

El celador es la primera persona que recibe al paciente en el servicio de urgencias y la presencia de este es de vital importancia para avisar al equipo de cualquier situación de emergencia que se precise.

En la recepción del paciente, el celador será el encargado de acompañar al paciente a cualquier estudio o prueba diagnóstica que se vaya a realizar, así como poner al paciente en camilla o silla de ruedas si este lo precisa.

La susceptibilidad a las infecciones de los pacientes que vienen al servicio de urgencias provoca extremar las precauciones por parte de los celadores que trabajan en este servicio. Siempre que el riesgo de contagio sea elevado, el celador deberá utilizar todos los equipos de protección individual que se precisen.

Si el riesgo de contagio es bajo, el celador utilizará guantes de nitrilo y antes y después de tener contacto con un paciente deberá proceder a la realización del lavado de manos.

Para llevar a cabo un buen turno de trabajo será de gran importancia la coordinación entre celador, TCAE y enfermeros del servicio, ya que no puede haber

errores de actuación ante cualquier situación de emergencia manteniendo siempre la calma.

Es muy importante que antes de hacer un ingreso, el celador compruebe el nombre de la historia clínica con el nombre del paciente preguntándole a este cómo se llama. Si el paciente no puede responder debido al estado de salud, el celador será el encargado de preguntarle al acompañante en caso de tener. Si el paciente no tiene acompañante, comprobaremos el nombre con la pulsera identificatorio. El celador deberá hacer el mismo procedimiento antes de llevar a cabo un estudio o una prueba diagnóstica.

Las funciones del celador en el servicio de urgencias:

1. Recepción del paciente. El celador también se encargará de poner al paciente en silla de ruedas o camilla siempre que el paciente lo requiera debido al estado de salud.
2. Vigilar las entradas de urgencias será una labor fundamental a la hora de valorar a los enfermos y de avisar a quien sea necesario si estos llegan con un estado de salud débil.
3. Ayudará al TCAE, si hay que hacer alguna movilización de una camilla a una cama, al igual que si hay que hacer algún cambio postural o cambio de pañal.
4. Se encargará de llevar a los pacientes al servicio de RX o a cualquier otra prueba diagnóstica siempre que estos lo requieran.
5. Si el paciente ingresa y el servicio así lo requiere, el celador será el encargado de hacer el ingreso del paciente en la plata y cama correspondiente.
6. se encargará de transportar la documentación sanitaria y las pertenencias de los pacientes donde el servicio de urgencias mande, ya sea a hospitalización o a la puerta de entrada, para que el paciente se vaya de alta.
7. Traslado de analíticas a laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

En este artículo se habla de la importancia que tiene el celador en el servicio de urgencias junto a otros profesionales sanitarios. Será de gran importancia que el celador avise al equipo médico cuando la salud de un paciente precise de manera inmediata atención médica. De esta forma conseguiremos atender de forma precoz las emergencias.

En caso de ser necesario y al estar en un servicio de alta contaminación, el celador deberá utilizar equipos de protección individuales, y siempre deberá utilizar guantes y hacer un lavado de manos antes y después de cualquier contacto con un paciente. Gracias al celador se podrán llevar a cabo las movilizaciones

de los pacientes sin que estos sientan molestia o daño, ya que está totalmente cualificado para realizar estos movimientos. 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 372

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA PARTE DE RADIOLOGÍA DE LOS CENTROS HOSPITALARIO

PILAR GARCIA_VILLARACOBUEÑDIA

INMACULADA CONCEPCION PEALVER SAEZ

ANA ISABEL GARCIA PEALVO

FERNANDA FERNANDEZ RIVERA

ANA MARA TENOMRQUEZ

1 Introducción

Los Rayos X fueron descubiertos a finales del siglo XIX sin saber con exactitud si fue por accidente o como resultado de muchos años de investigación por el profesor Wilhelm Conrad Roentgen, cuando se encontraba en su laboratorio haciendo experimentos con los tubos de Crookes y captó unos inusuales rayos que atravesaban el papel y la madera, lo que lo llevó a investigarlos durante varias semanas.

Gracias al desarrollo del descubrimiento de Conrad Roentgen, permitió fabricar equipos cada vez más perfeccionados para explorar el cuerpo humano y descubrir

lesiones de enfermedades hasta ese momento sin saber que existían, además de convertirse en una arma efectiva para tratar lesiones malignas.

Los fabulosos y sorprendentes descubrimientos que comprenden la intensificación de la imagen radiológica, la resonancia magnética, la tomografía computarizada, la medicina nuclear, el ultrasonido, estarán presentes en lo relativo al progreso y la evolución del diagnóstico por imágenes. Resulta muy satisfactorio y es un privilegio tener este tipo de equipos que ayuden a los pacientes a obtener resultados clínicos con tanta exactitud.

La eliminación casi completa de los efectos nocivos de la radiación, también es otro notable progreso y un alivio, tanto para los pacientes como para el personal dedicado a esta especialidad.

2 Objetivos

Describir e indicar de qué trata el servicio de Radiología en los centros hospitalarios y las funciones del auxiliar administrativo en el mismo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El servicio de Radiología, es una rama de la medicina que utiliza imágenes para el diagnóstico y tratamiento de lesiones y enfermedades, la cual tiene una gran importancia para la salud.

Permite detectar las anomalías que de otra forma no sería posible. Así, el médico especialista consigue información necesaria para establecer el tratamiento en cada caso concreto.

La radiología general atiende desde casos de cardiopatía a otros como problemas abdominales, respiratorios, traumatológicos, etc. Esta especialidad es fundamental para que funcionen otras especialidades como oncología, urología, médico internista o traumatología.

Existen diferentes equipos para cada tipo de prueba como son los siguientes:

- Tomografía computarizada (TC), conocida también como tomografía axial computarizada (TAC).
- Fluoroscopia con escaneo, que incluye enema opaco y tránsito esofagogastro-duodenal.
- Resonancia magnética (RM).
- Medicina nuclear, la cual abarca exámenes como una prueba de esfuerzo con talio, gammagrafía ósea, y gammagrafía de tiroides.
- Radiografías simples, donde se incluyen radiografía de tórax y abdomen.
- Tomografía por emisión de positrones, o TEP por TC cuando se combina con la tomografía computarizada.
- Ultrasonido.
- Mamografía.

También existen diferentes tipos de radiología intervencionista como son:

- Angiografía.
- Angioplastia.
- Embolización para controlar el sangrado.
- Radiofrecuencia para tumores, crioablación o ablación por microondas.
- Vertebroplastia y cifoplastia.
- Biopsia de mama, bien por técnicas estereotácticas o de ultrasonido.
- Embolización de las arterias uterinas.
- Colocación de sonda de alimentación.
- Colocación de catéter para acceso venoso.
- Tratamientos contra el cáncer.
- Biopsias por punción de diferentes órganos, como pueden ser los pulmones y la tiroides.

Entre las funciones del auxiliar administrativo en este servicio, destacamos:

- Programar las pruebas de los pacientes para que las tengan hechas el día que tengan consulta con el especialista.
- Escanear consentimientos informados y adjuntarlos a su expediente.
- Atender personal y telefónicamente a los pacientes y especialistas.
- Derivar estudios a otros centros concertados para que queden informadas dichas pruebas.

5 Discusión-Conclusión

En vista del estudio, llegamos a la conclusión de que el Auxiliar Administrativo también es esencial para una mejor atención del servicio y pieza clave dentro de

un hospital o cualquier centro, que es la figura principal encargada de gestionar las citas de los pacientes, de la atención tanto presencial como telefónica al paciente y que sin esa gestión se rompería la cadena. Tenemos que pensar que todo el personal que realiza sus tareas en cualquier centro sanitario es fundamental para el buen desarrollo de este, y que el Auxiliar administrativo forma parte de este equipo junto con el resto.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
2. <https://revistamédica.com>.

Capítulo 373

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS CONSULTAS DE OTORRINO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARIA OLMO JIMÉNEZ

VIRGINIA ESCOLAR GARCIA

ROSARIO GALIANO VILLAFUERTE

ANDREA ARENAS VILLALTA

SALUD CANO LOPEZ

1 Introducción

Las funciones genéricas de los auxiliares administrativos se siguen rigiendo por las establecidas en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, debido a que han quedado totalmente obsoletas, es necesario que se conozcan las funciones reales que se realicen en la secretaría de otorrinolaringología, por eso este capítulo lo vamos a dedicar a desarrollar dichas funciones de forma específica.

Pero, ¿qué es el servicio de otorrinolaringología?

Etimológicamente, la palabra otorrinolaringología proviene del griego de la unión de varios términos: otos (oído), rhis (nariz) y larynx (laringe). Por tanto, el servicio de otorrinolaringología es el servicio hospitalario que se encarga de la sanación de pacientes con todas las patologías relacionadas con el oído, la nariz

y laringe. Las patologías las tratan con medicamentos, con rehabilitación (por ejemplo, logopedia) o con cirugía.

El servicio de otorrinolaringología es muy importante, ya que proporciona mejoras en pacientes en aspectos relevantes para la vida diaria, entre los que podríamos mencionar: habla (ronquera habitual, dificultades de pronunciación, etc.), audición (no oír con claridad, oír ruidos internos, etc.), respiración o equilibrio (vértigo, mareos y desequilibrio), sequedad o sangrado de la nariz, producción excesiva de moco, catarros, faringitis o amigdalitis de repetición, etc.

2 Objetivos

- Desarrollar las funciones que desempeña el auxiliar administrativo en la secretaria de otorrinolaringología.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo un trabajo de revisión bibliográfica en el cual se ha utilizado:

- Bases de datos: se utilizaron los motores de búsqueda: Google Académico y Dialnet, WorldWideScience.org y Scielo.
- Palabras clave y operadores booleanos utilizados para la búsqueda: auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, funciones del auxiliar administrativo en la secretaria de otorrinolaringología, otorrinolaringología, etimología de otorrinolaringología y principales patologías que se tratan en el servicio de otorrinolaringología.
- Criterios de inclusión: fuentes bibliográficas que trataban sobre auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, funciones del auxiliar administrativo en la secretaria de otorrinolaringología, otorrinolaringología, etimología de otorrinolaringología y principales patologías que se tratan en el servicio de otorrinolaringología, artículos en castellano que como máximo tuvieran 10 años de antigüedad.

4 Resultados

Funciones que llevan a cabo los auxiliares administrativos en el servicio de Otorrino: (secretaría de otorrino, programación de quirófano y servicio de citaciones):

- Atención presencial, telefónica, vía correo electrónico o fax (A través de todos estos medios se intenta solucionar el problema que plantea el paciente, que puede ser desde necesitar información de cómo realizar una libre elección de centro, cambiar de día una cita, simplemente que se le recuerde cuando tenía que venir al otorrino, etc.
- Gestión de agendas (apertura de agendas, cambio de modalidad de agenda, de atención de pacientes nuevos a pacientes sucesivos o mixta, reprogramación de agenda, abertura de huecos para meter a pacientes urgentes, etc.).
- Citar a pacientes (gestión de solicitud de pacientes, pacientes de otorrino o nexos todos ellos a través de Mambrino XXI). Una vez citado el paciente enviar carta a su domicilio o llamarlo para decirle la cita (si esta es muy próxima).
- Gestionar las solicitudes que puedan llevarlos tanto internas como externas (Por ejemplo, GOAG, traslados a otros servicios hospitalarios, petición de ambulancias, etc.).
- Canalización de pruebas con otros centros.
- Recepción de las pruebas realizadas a través de canalizaciones en otros centros.
- Solicitud de material de oficina y su gestión.
- Apertura de historias clínicas.
- Modificación de datos en las historias clínicas (solamente los datos referentes a los números de teléfono o los del domicilio).
- Petición de historias clínicas al servicio de archivo hospitalarios.
- Realización de organigrama de facultativos (distribución de los que pasan consulta, los que intervienen, las guardias, los de planta) para que los distintos servicios de otorrinolaringología estén cubiertos todos y cada uno de los días. De acuerdo a las instrucciones del jefe de servicio, una vez realizado, firmado por el jefe de servicio, remitir a dirección médica para que de visto bueno.
- Tramitar cambios de guardia.
- A finales de cada mes emitir al servicio de nóminas el parte con las guardias efectivas que ha realizado cada facultativo, para que le sean pagadas.
- Realizar cronograma de intervenciones quirúrgicas semanal.
- Solicitar pruebas de anestesia para los pacientes que lo requieren.
- Comprobar el apto en anestesia de los pacientes una vez realizada las pruebas.
- Enviar informes.
- Fotocopias de documentación.
- Organización de visitas de los representantes de laboratorios farmacéuticos.
- Control y archivo de documentación en la historia física de pacientes, enviar a archivo cuando ya no sea necesaria para su custodia.
- Etc.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo en servicio de otorrino está continuamente en contacto tanto con pacientes como con otros profesionales de los diferentes servicios hospitalarios (registro, dirección médica, suministros, admisión, anestesiología y reanimación, archivos, consultas externas...) esto implica que tenga que tener una gran capacidad y habilidades para trabajar en grupo, trabajar de forma eficiente, resolutive y rápida.

Las funciones que desarrollamos los auxiliares administrativos en este servicio son muy importantes, imaginemos que un paciente con una patología muy grave no es introducido en la lista de espera quirúrgica o que se pierde toda su documentación y nadie recuerda nombre completo o su número de historia clínica, este señor estaría en casa esperando ser llamado para ser intervenido y la llamada nunca llegaría, lo que supondría un grave perjuicio para su salud e incluso puede llegar a la muerte.

6 Bibliografía

- 1- <https://www.unidadmedica.com/blog/que-es-la-otorrinolaringologia>).
<http://etimologias.dechile.net/?otorrinolaringologi.a>.
- 2- Orden de 28 de mayo de 1984.
- 3- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- 4- Protocolos de actuación del auxiliar administrativo en los distintos servicios que atañen a Otorrinolaringología de diversos Centros de Salud de Castilla la Mancha.

Capítulo 374

LA DOCUMENTACION DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA OLMO JIMÉNEZ

VIRGINIA ESCOLAR GARCIA

ROSARIO GALIANO VILLAFUERTE

ANDREA ARENAS VILLALTA

SALUD CANO LOPEZ

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI), unidad de terapia intensiva o unidad de atención crítica, es una sección dentro del hospital en la que se tratan pacientes con problemas de salud potencialmente mortales (a quienes se ha diagnosticado un pronóstico grave y también de aquellos con un alto riesgo de presentar complicaciones).

Aunque las primeras UCIS datan del año 1950, en España no llegan hasta 1965. En su inicio aparecieron para el tratamiento de pacientes recién operados, posteriormente se incluyeron a pacientes que necesitaban respiración artificial y pronto debido a su buena evolución se incluyeron pacientes graves no operables.

En las unidades de cuidados intensivos se realiza la vigilancia intensiva y el tratamiento intensivo de los pacientes (normalmente conocidos como pacientes críticos: pacientes con una situación fisiológica inestable, que cualquier pequeño cambio puede ocasionar un deterioro de la función corporal), con ambos tratamientos se pretende restablecer el funcionamiento del órgano, órganos, sistema o sistemas alterados del paciente para garantizarle la vida en condiciones aceptables.

Las unidades de cuidados intensivos deben estar dotadas de:

Material: monitor cardiorrespiratorio o cardíaco, monitor de presión arterial, respirador o ventilador mecánico, sonda pleural, bomba intravenosa y tubo endotraqueal.

Personal: un grupo multiprofesional compuesto por personal sanitario o no sanitario (auxiliar administrativo) altamente cualificados para poder responder rápidamente ante cualquier imprevisto.

2 Objetivos

- Explicar las funciones que llevan a cabo los auxiliares administrativos en las unidades de cuidados intensivos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del Auxiliar Administrativo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):

- Actualización diaria de los pacientes ingresados en la unidad (Es decir, incluir nuevos ingresos, dar de baja los pacientes que hayan sido trasladados a planta y los exitus).
- Proporcionar al jefe de servicio y resto de personal que conforma la unidad la actualización de forma digital o física según se requiera.

- Elaborar listado de números de teléfono de los familiares (autorizados) de los pacientes en UCI que estén autorizados para recibir información sobre la situación en la que se encuentra el paciente, esta debe ser actualizada al menos diariamente, o cuando el nuevo ingreso de paciente lo requiera.
- Informar sobre los horarios de visita a los familiares de los pacientes.
- Realizar justificantes de ingreso de pacientes.
- Realizar justificantes de asistencia a la visita a los familiares que lo requieran.
- Realizar fotocopias.
- Realizar etiquetas identificativas de los pacientes.
- Realizar pulseras identificativas de los pacientes.
- Gestionar órdenes de traslado de los pacientes a otros hospitales o a otras dependencias sanitarias (reanimación, planta hospitalaria, etc.).
- Redactar documentos y correos electrónicos destinados a los diversos servicios del centro hospitalario.
- Solicitar el material que se requiere para la unidad (tanto material de oficina como material médico necesario para el funcionamiento de las unidades previa indicación del jefe de servicio de la unidad).
- Recepción de material (lo que incluye la comprobación de la coincidencia de lo solicitado con lo pedido y la correspondiente entrega a personal indicado para su distribución, reclamar lo no recibido, etc.)
- Introducir en la historia del paciente cuantos documentos en papel nos serán entregados y custodiarla hasta que el paciente sea dado de alta de la unidad por mejoría o exitus, que deberá ser enviada al servicio de archivo hospitalario.
- Cronograma para los facultativos con las guardias correspondientes, enviarlo a Dirección médica, comunicar cualquier variación y enviar con las modificaciones que se hayan producido al servicio de nóminas para su pago).

5 Discusión-Conclusión

En las Unidades de Cuidados Intensivos hospitalarias se trabaja con pacientes críticos que en cualquier momento puede modificarse su situación vital, lo que requiere que el auxiliar administrativo tenga un papel sumamente importante en la organización de cronograma de facultativos adscritos al servicio (para que el servicio siempre tenga provisto el personal necesario para atender cualquier imprevisto). Además, debe estar sumamente atento a los cambios frecuentes en la ocupación de las camas UCI, de la gestión de traslados de los pacientes, de la existencia del material necesario para atender cualquier eventualidad que se produzca, etc. de ello depende que las unidades de cuidados intensivos puedan

realizar su atención con eficiencia y calidad y de esta forma garantizar la supervivencia del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 375

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN DOCUMENTACIÓN SANITARIA EN MATERIA DE JUBILACIONES

MARIA OLMO JIMÉNEZ

VIRGINIA ESCOLAR GARCIA

ROSARIO GALIANO VILLAFUERTE

ANDREA ARENAS VILLALTA

SALUD CANO LOPEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo es el que realiza todo o casi todo el trabajo en cuestión de documentación, jubilaciones, invalidez, citas médicas o documentos de prescripciones médicas, informes médicos, etc.

La prestación de la jubilación es una modalidad de tipo contributivo, cubre la pérdida de ingresos que sufre una persona cuando, alcanzada la edad establecida, cesa en el trabajo por cuenta ajena o propia, poniendo fin a su vida laboral, o reduce su jornada de trabajo y su salario en los términos legalmente establecidos. Estas personas entran en el régimen general de jubilación cuando, afiliadas o y en alta o en situación asimilada al alta, como por ejemplo excedencias forzosas, excedencias por cuidados de hijos, y por supuesto que reúnan las condiciones de edad, período mínimo de cotización y hecho causante, legalmente establecido.

También formarán parte de la prestación de jubilación los que, aunque no estén dados de alta, cumplan con los criterios de años cotizados y si la edad de esta persona es acorde también a la prestación.

Generalmente, por las manos del auxiliar administrativo pasan numerosos contratos o documentos de personas que solicitan la jubilación, pero no saben cómo se genera ese proceso o qué pasos han de seguir para solicitarla. El auxiliar administrativo es el encargado de ayudar a este tipo de personas para poder llegar a tener esa prestación.

2 Objetivos

- Dar a conocer el proceso que realiza el auxiliar administrativo para generar una solicitud de prestación por jubilación, documentación que necesita o precisa para realizarla y qué procesos tiene que pasar esa documentación para ser aceptada como jubilación.
- Describir qué complicaciones puede encontrar el auxiliar administrativo al gestionar las prestaciones.

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 revisión bibliográfica que hemos realizado es un tema que lleva peso de mucha información, la cual el auxiliar administrativo debe de enseñar al usuario para que pueda solicitar correctamente la prestación de jubilación. El usuario se puede encontrar ante la duda de como poder realizar la solicitud.

En el caso de acudir al auxiliar administrativo, este comenzará en primer lugar, a abrir el proceso con un número de referencia, que va a ser muy importante en todo el procedimiento para todos los trámites. El auxiliar administrativo tramitará toda la documentación a través del departamento de atención al usuario,

con todas las fotocopias o documentación que se necesita como: vida laboral, fotocopia del documento nacional de identidad y tarjeta de seguridad social. Esta documentación se presentará en el registro y llegará al auxiliar administrativo, que registrará todos los datos y realizará la petición del usuario.

La Seguridad Social tendrá un mes para recopilar todos los documentos y, en menos de seis meses, la Administración deberá contestar. Si no lo hace, se considerará silencio administrativo positivo, que es como aceptar como válida la solicitud que ha presentado el usuario.

Todo usuario que presente la solicitud, tanto por vía electrónica como de forma presencial, debe realizarla por escrito, para que quede constancia de la misma y se le pueda facilitar un informe adecuado.

Las complicaciones que puede llegar a encontrar según los autores que hemos encontrado, en cuanto a la gestión de esta documentación por los auxiliares administrativos, es que el usuario no presente todos los documentos, o que estos documentos no sean los originales, sino una copia, por lo que no se acepte la solicitud. También puede ocurrir que el usuario no sepa escribir ni leer, por lo que tendrá que realizar toda la solicitud de la prestación el auxiliar administrativo.

También se puede dar la situación de encontrar usuarios que tienen la jubilación anticipada por la empresa, la cual tiene un convenio con los empleados.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que sacamos en este capítulo es que la jubilación es una etapa en la cual la persona ha cumplido la edad y los años trabajados requeridos para tramitar la solicitud de la prestación. Se trata de personas ya con una edad, a las que no se les puede considerar mayores, pues en hace unos días estaban desempeñando su jornada laboral con destreza y buena actitud, pero sí que, en algunas ocasiones, no están actualizadas en el tema de tramitación de documentos. Por ello, el auxiliar administrativo es el encargado de ayudar en todos los trámites para poder llegar a obtener una pensión por los años trabajados.

El usuario deberá acudir con la suficiente antelación para solicitar esta prestación para que, una vez que cumpla la edad requerida y deje el trabajo, continúe recibiendo unos ingresos.

6 Bibliografía

1. www.riesgos-laborales.com.
2. Ergonomía – M. Inmaculada Girón Cónsul y Ricardo Fernández García.

3. La ergonomía en tareas administrativas. Universidad Politécnica de Valencia.
4. Página web del INSST.

Capítulo 376

EL CELADOR ANTE LA PREVENCIÓN DE INCENDIOS EN UN HOSPITAL

IZASKUN LOPEZ REDONDO

1 Introducción

La Constitución española en su artículo 40.2 establece la necesidad de velar por la seguridad e higiene en el trabajo, este artículo será desarrollado por la ley 31/1995 del 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales. Las instalaciones médicas tienen muchos vehículos y actividades diferentes que pueden causar incendios y explosiones, basura o desechos, cableado eléctrico y de iluminación, equipos de calefacción, equipos de lavado y secado de ropa. A este peligro hay que añadir una posible presencia de industrias o actividades en las inmediaciones o dentro del mismo edificio, que nos hacen estar expuestos a riesgos de propagarse un incendio y causar daños, haciendo imposible diseñar un plan estándar para todas las situaciones y actividades.

Toda medida de protección contra incendio tiene por objeto disminuir el peligro de incendio y en el caso de que se origine, el fuego deberá producir el menor daño posible.

Pero si se pueden establecer unas pautas y principios para prevenir y controlar la combustión, eliminando su propagación junto con las graves consecuencias que puede ocasionar.

Dos normas básicas es informar a todos los trabajadores de cómo deben actuar ante una emergencia y al menos una vez al año se deberá realizar un simulacro de evacuación, para verificar eficacia, detectar errores, etc.

Por eso, el celador debe adquirir conocimientos sobre los planes de emergencia ante un posible incendio, ya que se requerirá la intervención de personas y

medios para garantizar en todo momento, lo que se llama: La cadena detección-alarma.

Cualquier persona que detecte una emergencia debe poder enviar una alarma a través del intercomunicador (línea privada) o botones a la central, teclado, receptor, etc.

Para la evaluación de riesgos y movilización del equipo interno. Las alertas deben transmitirse a una persona capacitada que pueda evaluar la situación de emergencia y movilizar los equipos necesarios para intervenir según la gravedad; notificaciones, recepciones e información sobre asistencia exterior. Se debe garantizar el contacto de emergencia para los equipos de apoyo externos, así como el envío de personas dentro y fuera del edificio para recibir, notificar y acompañar a los líderes de los equipos de evacuación.

2 Objetivos

- Conocer qué es una situación de emergencia.
- Distinguir las diferentes vías de extinción de incendios.
- Saber cómo se realiza una evacuación segura.
- Explicar el papel del celador en la prevención de incendios 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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los edificios utilizados en los hospitales se diseñan y construyen con el equipamiento necesario para garantizar la máxima seguridad, se requieren medidas de control para minimizar el riesgo de incendio, se precisa la evacuación de los pacientes y, en caso de ser inevitable, se debe contar con un plan de emergencia adecuado para cada proyecto y circunstancias especiales. Los tipos más comunes de extintores que nos encontramos son los extintores portátiles.

El hospital dispondrá de suficientes extintores para que la distancia real de cada planta al extintor no supere los 15 m, en zonas de alto riesgo a partir de 500 m² se colocará un carro extintor de 25 kg.

Las BIE deben instalarse en un soporte sólido para que la boquilla y la válvula se abran manualmente y el sistema de apertura del armario, si existen, estén situadas, como máximo a 1.50 metros sobre el nivel del suelo. Se colocarán siempre a una distancia, máxima de 5 metros, de las salidas del sector de incendio, sin que formen un obstáculo para su utilización. Las hay con manguera semirrígida o manguera plana, la separación máxima entre cada BIE y su más cercana será de 50 metros.

Además, se deberán instalar medidas, dispositivos de detección y señalización: Pulsadores de llamada manual en pasillos, zonas de pasillos, zonas de cuidados intensivos y zonas de alto riesgo.

Detectores de humo en el hospital y áreas de seguimiento de peligros en todas las áreas de alto riesgo. Si el edificio tiene más de 100 camas de hospital, debe haber una conexión telefónica directa con los bomberos.

Alumbrado de emergencia y sistema de ascensores de emergencia.

Llegado el momento un plan de evacuación efectivo, ante todo rápido y ordenado. Dentro de un hospital hay distintos tipos de pacientes, así como distintas áreas o secciones. Hay pacientes hospitalizados con mayores complicaciones en caso de evacuación por incendio porque suelen estar postrados en cama o con ciertas dificultades para tener una movilidad autónoma, así mismo suelen estar en plantas con cierta altura a diferencia de los ambulatorios que van a consultas o pruebas, estos suelen estar en la planta baja (la mayoría, pero no todos) donde el nivel es alto.

Hay varios métodos de traslado:

Por elevación: es el método más rápido, no requiere mucho esfuerzo y es de fácil aplicación, por tracción directa: está indicado en presencia de humo, no se puede utilizar para evacuación vertical, requiere mucho esfuerzo, es lento y requiere entrenamiento, tirón de silla: Son rápidos y completamente cómodos para el paciente, pero generalmente no se pueden usar para la evacuación vertical y por arrastre con colchón: son seguros y confortables, son muy lentos y complicados.

5 Discusión-Conclusión

Para iniciar un plan de seguridad hospitalaria, primero debe formar un comité de seguridad hospitalaria. El primer paso sería una evaluación; es necesario evaluar

los peligros y riesgos ambientales, la capacidad de protección de las personas en el edificio, las salidas, los sistemas de detección, alarma y extinción de incendios, la formación del personal, etc. e identificar las carencias y debilidades del edificio apropiadas al riesgo y tomar medidas correctivas para superarlo.

Cuando se detecta un incendio, se debe elaborar un plan de lucha contra incendios.

Recomendaciones generales:

Si se sabe utilizar el extintor; atacar el objeto que arde y no las llamas ni el humo.

Si la fuente de fuego es eléctrica, desconectar la línea de alimentación antes de colocar el extintor. Atacar el fuego desde el alcance limitado del extintor y acercarse gradualmente.

Inundar los componentes cerca de las áreas de combustión para evitar la propagación del fuego.

Si el fuego está sobre el suelo, se comenzará extinguirlo en el área más cercana, antes de continuar comenzar a apagar el fuego desde abajo.

Si no se puede controlar:

Cerrar las puertas de las habitaciones quemadas, abandonar el área, cerrando puertas y ventanas y avisar los superiores del centro.

6 Bibliografía

Cuadernos de seguridad, Antonio Tortosa, vicepresidente de TécniFuego publicado por gsd el 9 de diciembre 2016.

Temario de celador: <http://celadoresonline.blogspot.com/>

Capítulo 377

EL CELADOR EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

YOLANDA HUECAS HERAS

AURORA ALMENDROS GARCÍA

ISMAEL GARCIA OCAÑA

CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ

JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA

1 Introducción

Hay que saber diferenciar las Urgencias de las Emergencias, ya que son casos distintos, cada uno con patologías distintas.

En las Urgencias el enfermo necesita una asistencia a corto plazo, su vida no corre ningún peligro, aunque hay que actuar rápidamente (claro está) además hay que intentar hablar y tranquilizar al enfermo y hacerles ver que sus síntomas son importantes, pero que no tienen mayor importancia.

Todo lo contrario pasa en las Emergencias, ya que el enfermo puede llegar a perder la vida o que las secuelas pueden llegar ser graves, ya que el enfermo puede llegar al servicio de urgencias en coma o en estado de shock. La actuación del celador y de todo el equipo de urgencias es vital para salvar la vida del paciente. La comunicación es el elemento principal entre el celador, paciente y familiares del paciente, también juega un papel destacado en el paciente y el equipo sanitario y no sanitario.

El celador a través de la comunicación verbal y no verbal se comunicará con el paciente y le ayudarán en todo lo posible. La comunicación positiva, pero nunca se los debe mentir y perjudicar al paciente, se puede eludir la verdad y evitar contestaciones ante el dolor, la ansiedad, etc. que puede afectar negativamente al paciente. Debemos recordar que la información directa al paciente y a los familiares es tarea del médico.

2 Objetivos

-Conocer cómo funcionan las Urgencias y el trabajo que realiza el celador en dichas dependencias, la actitud del celador debe ser rápida ante cualquier situación urgente y trabajar en equipo con los profesionales sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las Urgencias y Emergencias deben prestar servicio las 24 horas del día, todos los días del año.

El paciente llega urgencias por decisión propia, por decisión médica, ya que desde atención primaria el médico le puede enviar a las urgencias hospitalarias, también pueden venir de otro hospital, incluso en ambulancias a través del 112.

Al llegar al servicio de Urgencias el paciente se encuentra primero con el celador de la puerta que es el que le ayudara en todo momento, la intimidad del paciente debe ser respetada en todo momento, el celador como el resto de los profesionales sanitarios deben mantener la confidencialidad, no desvelando situaciones, documentos e intimidades del paciente.

La actitud del celador será siempre positiva y acompañará al paciente al triaje.

Triage es una palabra francesa que significa clasificar o seleccionar.

Lo primero que hará el celador es acompañar al paciente a admisión donde tomarán los datos y le acompañará a las consultas de triaje y ahí se le valorará

según su gravedad.

Hay 5 niveles de triaje:

Nivel I: prioridad absoluta, no hay demora, el paciente puede perder la vida.

Nivel II: Pacientes muy urgentes con dolor intenso, puede haber una demora de 15 minutos.

Nivel III: Pacientes urgentes, pero estables, puede haber una demora de 30 minutos.

Nivel IV: Pacientes con una urgencia menos, puede haber una demora de 45 minutos.

Nivel V: pacientes no urgentes, puede haber una demora de 60 minutos.

El transporte en el que pueden acudir los pacientes al hospital puede ser:

-1 terrestre.

-2 marítimo.

-3 aéreo.

El transporte terrestre es el más utilizado, hay que destacar el transporte sanitario de emergencias y el transporte sanitario urgente.

-Transporte Sanitario de Emergencias es el que se realiza con pacientes que necesitan atención inmediata "insitu" este transporte se realiza en UVI móvil, esto nos dice que la vida del paciente corre peligro.

-Transporte Sanitario Urgente es el que se realiza con pacientes que necesitan atención en un centro sanitario y su patología o diagnóstico no reviste gravedad, este transporte se realiza en ambulancias convencionales.

El medio de transporte sanitario marítimo se suele utilizar en zonas costeras. Los barcos hospitales son utilizados en grandes catástrofes, las lanchas de salvamento se utilizan en mares y lagos, etc.... para rescatar a personas.

El medio de transporte aéreo más utilizado es el helicóptero, aunque en algunos sitios se utiliza el avión de transporte sanitario, aunque cuenta con menos ventajas, ya que necesita para aterrizar las grandes pistas de un aeropuerto y su coste es más elevado. El helicóptero transporta al paciente de un hospital a otro en menos tiempo y por un coste menor.

El equipo sanitario de urgencias consta de:

Personal sanitario:

-Médicos.

-Médicos especialistas.

-Enfermeras.

-Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Personal no sanitario

-Celadores.

-Limpiadoras.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo, como podemos observar, se hace una mención especial de lo que es urgencias y emergencias, por lo que podemos ver claramente las diferencias que hay entre las urgencias y emergencias.

Son diferencias bastante grandes, en urgencias se puede llegar a salvar una vida, según la patología que tenga, pero en emergencias si el paciente no puede colaborar en ocasiones puede llegar a perder la vida.

El trabajo en equipo es fundamental, debe ser eficaz ante situaciones de estrés, por lo el profesional sanitario debe organizar su equipo que tiene que funcionar correctamente ante cualquier situación de caos.

6 Bibliografía

1. Gómez Izquierdo, F. J. Condiciones de trabajo en Urgencias. La voz de Urgencias, mayo 2001 (con fecha de acceso 19 de agosto 2002).
2. Sermeandalucia.org/nuevo/index2.htm.

Capítulo 378

AGRESIONES CONTRA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.

ITZIAR FUENTES SUÁREZ

VERÓNICA MENÉNDEZ SUÁREZ

MARÍA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

ANDREA JUSTO SANROMAN

ANDREA ALONSO MARTÍNEZ

1 Introducción

Las agresiones se han convertido en un problema a nivel internacional en todas las sanidades, afectando a gran parte de los trabajadores del sector y constituyendo una gran amenaza para estos, por las consecuencias que toda acción violenta acarrea. La Organización Internacional del trabajo entiende por violencia en el trabajo aquel comportamiento, incidente o acción hacia una persona que hace que esta se pueda sentir humillada, agredida, lesionada o amenazada, dentro del ejercicio de una acción profesional. Existen ciertos sectores con más predisposición que otros a sufrir violencia en el trabajo. Esto es debido a que el contacto con las personas no es el mismo en todos los sectores, siendo el sanitario uno de los que más relación tiene con los pacientes y en situaciones muy delicadas, situándose en este ámbito el 25% de las agresiones en el mundo laboral, en donde alrededor del 50% de los trabajadores ha sufrido alguna agresión a lo largo de su carrera laboral. A pesar de que los datos puedan resultar graves, hay

que tener en cuenta que las estadísticas no muestran la información real, ya que solo una pequeña proporción de las acciones violentas se denuncian, alrededor de un 10%, por lo que muchas de estas no salen a la luz dificultando la realidad de las agresiones. En España el aumento de los casos de agresiones hizo que en el 2004 se comenzara a estudiar los casos tanto a nivel estatal como a nivel de las comunidades autónomas.

Dentro de las formas de violencia que existen se pueden clasificar en tres tipos, la violencia externa que es aquella sufrida por los trabajadores pero perpetrada por personas ajenas a la organización, que no son ni pacientes ni usuarios de la misma, por lo que no existe ningún tipo de relación o trato como puede ser un robo; la violencia entre el paciente y el trabajador que, como su nombre indica, es la sufrida por el trabajador y perpetrada por el paciente o usuario existiendo algún tipo de relación profesional y, por último, se encontraría la violencia interna, que es la que se da dentro de los trabajadores de la propia organización existiendo alguna implicación laboral, que puede surgir entre compañeros de trabajo o entre jefe y subordinado.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la violencia al personal sanitario y no sanitario, analizando los tipos de violencia existentes.

3 Metodología

La metodología de este trabajo se basa en una revisión bibliográfica a través de buscadores como Scielo o Google Académico, con la finalidad de encontrar estudios, informes, documentos y artículos que permitiesen saber la situación de las agresiones en el entorno sanitario. Como estrategia de búsqueda se utilizaron palabras claves que permitiesen obtener resultados rápidos y eficientes. Entre las palabras clave se utilizó términos como “agresiones al personal sanitario” o “violencia en el sector sanitario”. Como criterios de inclusión se seleccionaron artículos que se refirieran siempre a la situación dentro del sector sanitario, excluyendo aquellos que se refirieran a sectores laborales que no estaban dentro del sector sanitario. También se excluyeron artículos que hacían referencia a cartas al editor u opiniones, por ser estos artículos mucho más subjetivos.

4 Resultados

Muchos de los actos violentos en los centros sanitarios son sufridos por el personal femenino, pero llevados a cabo por varones, siendo también muy frecuente la sufrida por las enfermeras y el personal administrativo, aunque también contra médicos, por lo que resulta imprescindible estudiar esta circunstancia, pues se van a producir importantes efectos en los trabajadores como consecuencia de estas agresiones, y es que, en la mayor parte de los casos las consecuencias psicológicas de estos actos superan a las físicas, demostrando ocasionar ansiedad, depresión, estrés y una importante insatisfacción laboral que puede originar síndrome de burnout, motivados por el cansancio y el desgaste que producen estas situaciones perdiendo la motivación en el trabajo. La violencia en los trabajadores va a provocar que también se sientan humillados y pierdan la confianza en su trabajo, afectando a la esfera tanto laboral como personal. Se estima que alrededor de un 25% de los trabajadores sufren este estrés que deriva en una baja productividad y que constituye una de las principales causas del absentismo.

Está claro que se trata de un problema muy grave, que hace que los profesionales del ámbito sanitario sufran consecuencias en su salud, pero del que no se informa adecuadamente, ya que muchas de las agresiones se dejan pasar por los profesionales, existiendo un montón de incidencias que nunca salen a la luz, muchas veces por la dificultad en la gestión y en el procedimiento para denunciar y otras porque los propios profesionales no están mentalizados de la importancia que tiene el hecho de denunciar, estimando los sindicatos por ejemplo que en torno a un 60% de las agresiones no son declaradas. Además, la alta frecuencia de las agresiones, sobre todo verbales, hace que los profesionales lo tengan como algo habitual en sus trabajos, normalizando estas situaciones.

Es por esto que es necesario llevar a cabo políticas de prevención encaminada a hacer que el impacto que la violencia en la sanidad produce en los trabajadores sea mínimo, facilitando los procedimientos, haciendo que estos sean mucho más claros, apoyando a las víctimas ante estas agresiones y evitando tratar la violencia como algo habitual, que forma parte del trabajo normal. Es importante también facilitar la cumplimentación de los registros de agresiones, permitiendo que se mejore el entendimiento del problema y su alcance, haciendo que no se considere una pérdida de tiempo.

Es importante que todos los trabajadores se sientan protegidos frente a las agresiones, por lo que el sistema sanitario puede implantar también medidas de contención en forma de cámaras de seguridad, mejora de la iluminación, botones de activación de alarmas que pongan en contacto con miembros de seguridad,

un registro de agresiones en el propio centro sanitario o estacionamientos independientes de los pacientes. Las instituciones también deben de llevar a cabo políticas de información a los pacientes a través de pantallas o del tú a tú, en lo referente a gestión de citas, tiempos de espera, horarios y, en definitiva, todo aquello que les permita conocer la situación en la que se encuentra en ese momento la asistencia sanitaria, evitando que genere en el paciente una situación de abandono o de ansiedad al sentir que no reciben información alguna acerca de porque están esperando tanto tiempo a ser atendidos.

5 Discusión-Conclusión

El panorama actual de agresiones en el sector sanitario deja datos que resultan impactantes, pues el nivel de agresiones a los trabajadores, tanto sanitarios como no sanitarios, resulta muy alto, y las cifras siguen en aumento, consolidándose el riesgo de agresiones a los profesionales como uno de los mayores problemas a prevenir dentro de este ámbito. Es por eso que las instituciones tienen una obligación, ya no solo de prevención, sino moral, de concienciar a todas las personas acerca de la importancia de respetar a los trabajadores y facilitando los mecanismos de denuncia, de forma que los profesionales no sientan que están perdiendo el tiempo comunicando las agresiones, sino que se sientan apoyados en todo momento.

6 Bibliografía

1. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100103.
2. Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-estudio-comparativo-agresiones-sanitarios-entre-S1138359316001258>.
3. Las agresiones a médicos baten un récord histórico en 2022 disponible en <https://elpais.com/sociedad/2023-03-09/las-agresiones-a-medicos-baten-un-record-historico-en-2022.html>.
4. La prevención de agresiones a los profesionales sanitarios disponible en https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/agresiones/docs/Programa_Jornada_10_de_marzo_2023.pdf.

Capítulo 379

LA VACUNACIÓN PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO Y SU IMPORTANCIA

VERÓNICA MENÉNDEZ SUÁREZ

MARÍA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

ANDREA JUSTO SANROMAN

ANDREA ALONSO MARTÍNEZ

ITZIAR FUENTES SUÁREZ

1 Introducción

Desde su origen, las vacunas se presentan como el principal mecanismo de prevención frente a determinados patógenos y gracias a ellas se ha conseguido una inmunización general de las personas, sobre todo en los países más desarrollados, de enfermedades que antes causaban incluso la muerte consiguiendo una inmunización de rebaño. Ya en la infancia el sistema sanitario programa un calendario de vacunas dirigidas a los más pequeños evitando la propagación de enfermedades prácticamente inexistentes o extinguidas en la sociedad actual en nuestro país.

No obstante, en ocasiones, con el paso del tiempo esta inmunidad puede disminuir a pesar de haber recibido todas las pautas de las vacunas, por lo que los trabajadores del ámbito sanitario se convierten en un grupo de riesgo frente

agentes infecciosos, por su alta exposición a los mismos, siendo posible que requieran de vacunas de recuerdo. De la misma manera, estos profesionales no solo están en riesgo de ser contagiados, sino que a su vez pueden contagiar a otros pacientes o a sus propios compañeros, de manera que la vacuna evitará que se den ambas circunstancias.

Los objetivos de la vacunación por tanto son, por un lado, la autoprotección, que se basan en proteger la salud del propio trabajador frente a determinadas circunstancias evitando contraer enfermedades infecciosas en su puesto de trabajo y protegiendo también a su entorno familiar y social. Por otro lado, estaría la ética del sistema sanitario, que pretende evitar que sean los profesionales la fuente de contagio para cualquier persona con la que tengan contacto, ya sea en su vida laboral o en su vida personal. En tercera instancia otro de los objetivos sería dar ejemplo, lo que quiere decir que los trabajadores deben de ser los primeros en vacunarse si quieren que el resto de la población lo haga, predicando ellos mismos con el ejemplo, ya que si ellos mismos rechazan la vacunación difícilmente el resto de la población la va a aceptar. Como último objetivo se encontraría la protección social, entendido de alguna manera como una obligación social, ya que si los trabajadores caen enfermos no podrán ocuparse de sus pacientes haciendo que con el absentismo tengan imposibilidad de ejercer las funciones laborales.

2 Objetivos

Resaltar la importancia de la vacunación del personal del sector sanitario.

3 Metodología

La metodología de este trabajo se basa en una revisión bibliográfica a través de buscadores como Scielo o Google Académico, con la finalidad de encontrar estudios, informes, documentos y artículos que permitiesen saber la situación de la vacunación en el entorno sanitario. Como estrategia de búsqueda se utilizaron palabras claves que permitiesen obtener resultados rápidos y eficientes. Entre las palabras clave se utilizó términos como “vacunación del personal de sanidad” o “importancia de las vacunas”. Como criterios de inclusión se seleccionaron artículos que se refirieran siempre a la situación dentro del sector sanitario, excluyendo aquellos que se refirieran a sectores laborales que no estaban dentro del sector sanitario. También se excluyeron artículos que hacían referencia a cartas al editor u opiniones, por ser estos artículos mucho más subjetivos.

4 Resultados

A pesar de que existen otro tipo de medidas preventivas contra las enfermedades infecciosas como el uso de mascarillas, el lavado de manos o aislamiento de las personas infectadas, la realidad es que las vacunas se han convertido en la herramienta más eficiente en la lucha contra estas enfermedades salvando a millones de personas a lo largo de la historia. Gracias a la vacunación se han logrado extinguir enfermedades como la viruela, que se erradicó en 1980, la rubeola o el sarampión. Los hospitales y los centros sanitarios se convierten habitualmente en lugares vulnerables, por lo que los trabajadores vacunados no sólo evitarán contagiar al resto de personal o pacientes, sino que en el caso de que contraigan algún tipo de enfermedad con la vacuna, evitarán complicaciones en las enfermedades infecciosas, como por ejemplo la varicela, reduciendo la gravedad de la misma. Así mismo, los trabajadores que estén vacunados de sarampión evitarán la neumonía o las enfermedades neurodegenerativas en su contagio, los vacunados frente al neumococo evitarán las consecuencias provocadas por la meningitis, como pueden ser sordera o consecuencias neurológicas; los vacunados de parotiditis evitarán sorderas u orquitis y los vacunados por la polio evitarán también deformidades y cojeras. Gracias a la vacunación se pueden evitar también la transmisión de ciertas enfermedades de la madre al feto.

A pesar de los beneficios de las vacunas y las recomendaciones acerca de la importancia de las mismas no existe una total cobertura, ya que, por ejemplo, de la vacuna de la gripe hay una baja vacunación, no llegando ni siquiera al objetivo del sistema nacional de salud que lo sitúa en torno al 40% de sanitarios vacunados, no pasando de una cobertura en España en 2019 del 34% de profesionales vacunados.

En términos generales la vacunación suele ser más alta entre los profesionales de mayor edad que entre los jóvenes. Es por eso que es necesario seguir mejorando la cobertura estableciendo políticas explícitas que regulen la vacunación del personal, de forma que se lleve a cabo una revisión periódica de forma anual analizando la salud de cada trabajador y actualizando sus vacunas de forma individual llevando un registro de las mismas. Es importante formar cada cierto a los trabajadores acerca de la importancia de las vacunas, y hacer que esta formación no solo sea para los trabajadores, sino que se extienda a los estudiantes tanto de medicina, enfermería o farmacia, informando de todos los beneficios de las mismas y de las novedades que vayan surgiendo en lo referente a nuevas vacunas. Las campañas educativas en forma de folletos, pantallas, anuncios... van a permitir también que no solo los sanitarios se conciencien de la necesidad de

vacunarse, sino que el resto de los pacientes tengan constancia la importancia de las vacunas, siendo los sanitarios un mecanismo a través del cual los pacientes puedan tener la información que necesiten y también se vayan concienciando.

5 Discusión-Conclusión

La historia ha demostrado que uno de los principales mecanismos de defensa contra las enfermedades infecciosas, por no decir el principal, son las vacunas. A pesar de esto, en los últimos años se ha comprobado un pequeño descenso de la vacunación infantil, los llamados movimientos antivacunas, que están poniendo en peligro no solo a ellos mismos, sino a toda la población en general, pudiendo volver a surgir enfermedades que hasta entonces se consideraban extinguidas. Es por eso que el personal del sector sanitario tiene en sus manos tres papeles fundamentales dentro del sistema sanitario que es, por un lado evitar contagiarse y seguir cumpliendo su labor social cuidando de otras personas, por otro lado evitar contagiar a pacientes o compañeros de trabajo frenando así el desarrollo de enfermedades infecciosas, y en último término predicando con el ejemplo para concienciar acerca de la importancia de las vacunas, participando en las campañas informativas y facilitando esta información a los pacientes o los usuarios de los centros, ya que continuamente los trabajadores están en contacto con estas personas, por lo que van a tener una mayor facilidad para acceder a ellos y hacer que se fomente el uso de las vacunas por parte de esos pacientes extendiendo a su vez este uso a sus familias y contactos sociales.

6 Bibliografía

1. Actitud del personal sanitario frente a la vacunación antigripal en el hospital de referencia del Principado de Asturias disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100051
2. Vacunación en trabajadores sanitarios disponible https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/vacunas/docs/Vacunacion_sanitarios.pdf
3. Vacunación en el personal sanitario como medida preventiva frente al riesgo biológico y la desinformación disponible <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/5083>
4. Vacunas recomendadas disponible en <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/saludlaboral/vacunacion-entorno-laboral-recomendaciones-actualizadas-201.ficheros/1224253-Personal%20sanitario.pdf>

Capítulo 380

FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

AURORA ALMENDROS GARCÍA

YOLANDA HUECAS HERAS

ISMAEL GARCIA OCAÑA

CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ

JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA

1 Introducción

En el entorno de la atención primaria, el celador desempeña un papel crucial en el funcionamiento eficiente y la calidad de la atención brindada a los pacientes. Su labor va más allá de las tareas logísticas y abarca un conjunto de responsabilidades que contribuyen significativamente al bienestar y la comodidad de aquellos que acuden en busca de atención médica.

Las funciones del celador en atención primaria incluyen una amplia variedad de responsabilidades, desde el acompañamiento y traslado de pacientes hasta la colaboración en procedimientos médicos y el mantenimiento de un entorno seguro y ordenado. Estas tareas, aparentemente diversas, convergen para crear un ambiente propicio para la recuperación y la prestación de servicios médicos eficaces.

A lo largo de esta introducción, exploraremos en detalle las funciones esenciales que un celador desempeña en el contexto de la atención primaria, destacando la

importancia de su rol en el bienestar y la atención de calidad proporcionada a los pacientes.

El celador en el ámbito de la atención primaria no solo actúa como un eslabón fundamental en la cadena de atención médica, sino que también se erige como un pilar de apoyo emocional para los pacientes y sus familias. Su presencia tranquilizadora y su disposición a asistir en cada paso del camino son elementos invaluable que contribuyen a generar un ambiente de confianza y seguridad en el centro de salud.

A medida que los pacientes transitan por el laberinto de consultas y procedimientos, el celador se convierte en su guía, brindándoles no solo orientación práctica, sino también un sentido de familiaridad y empatía en un entorno que puede resultar abrumador. Además, su labor va más allá de lo evidente; la meticulosidad con la que mantienen la limpieza y el orden en las instalaciones crea un entorno que promueve la recuperación y el bienestar.

No menos importante es su papel en momentos críticos. En situaciones de emergencia, el celador demuestra ser un recurso invaluable, participando activamente en la coordinación y ejecución de acciones que aseguran la seguridad y el cuidado de los pacientes. Su habilidad para mantener la calma bajo presión se convierte en un faro de tranquilidad para todos los presentes.

A lo largo de esta exploración detallada, desglosaremos las diversas facetas de las funciones del celador en atención primaria, destacando la importancia vital de su presencia y dedicación en el proceso de atención médica. Cada acción que emprende, desde el traslado de pacientes hasta la colaboración en procedimientos médicos, converge para crear un entorno propicio para la recuperación y la prestación de servicios médicos de la más alta calidad.

En resumen, el celador en atención primaria es un pilar esencial para la atención médica de calidad. Su labor polifacética, que incluye aspectos logísticos, emocionales y de seguridad, contribuye directamente al bienestar de los pacientes y al funcionamiento efectivo de los centros de atención primaria. En esta serie de artículos, exploraremos en detalle las diversas funciones y responsabilidades de esta figura indispensable en el campo de la salud.

2 Objetivos

Exponer las funciones del celador en Atención Primaria.

3 Metodología

La metodología empleada para determinar las funciones del celador en atención primaria y describir su desempeño se basa en una combinación de enfoques que incluyen la revisión de literatura especializada, consulta de fuentes de salud y medicina, así como la integración de conocimientos previos sobre el tema. A continuación, se detallan los procesos que se han seguido:

- **Revisión de Literatura Especializada:** Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de fuentes académicas y profesionales relacionadas con las funciones del celador en el ámbito de la atención primaria. Se consultaron libros de medicina, manuales de atención sanitaria, guías de práctica clínica y artículos científicos en revistas médicas.
- **Consulta de Fuentes Confiables:** Se recurrió a fuentes reconocidas y confiables en el campo de la salud, como instituciones médicas, hospitales, y organizaciones de atención primaria. Estas fuentes proporcionaron información actualizada y verificada sobre las tareas y responsabilidades del celador en este contexto.
- **Análisis de Documentación Institucional:** Se examinaron documentos y manuales proporcionados por instituciones de salud y centros de atención primaria, los cuales detallan las funciones y protocolos específicos que los celadores deben seguir en su trabajo diario.
- **Entendimiento de la Práctica Profesional:** Se consideraron los estándares y prácticas comúnmente aceptadas en la profesión del celador, basados en los roles establecidos por organismos reguladores y asociaciones de profesionales de la salud.
- **Síntesis y Redacción de la Información:** La información recopilada a través de los pasos anteriores se sintetizó y organizó de manera coherente para crear una descripción comprensible y precisa de las funciones del celador en atención primaria.
- **Integración de Conocimientos:** Se combinaron los datos recopilados con conocimientos previos sobre el sistema de atención primaria y el rol del celador en la prestación de servicios de salud.
- **Creación de un Texto Original:** Con base en la información recopilada y organizada, se redactó un texto original que describe de manera detallada las funciones del celador en atención primaria.
- **Verificación de Precisión y Claridad:** Se revisó el texto para asegurarse de que la información proporcionada sea precisa, clara y coherente, y que refleje de manera fiel las responsabilidades del celador en este contexto.

Esta metodología se diseñó con el objetivo de ofrecer una descripción completa

y precisa de las funciones del celador en atención primaria, basada en fuentes confiables y conocimientos especializados en el campo de la salud.

4 Resultados

Tras una exhaustiva investigación, se ha obtenido una comprensión detallada de las funciones del celador en atención primaria. Desde el acompañamiento de pacientes hasta la gestión de documentación, su papel es esencial. Destaca su capacidad para mantener un entorno seguro y brindar apoyo emocional. La formación y habilidades interpersonales son clave. En resumen, el celador desempeña un rol fundamental para garantizar una atención de calidad en la atención primaria.

El celador en atención primaria cumple un rol fundamental. Sus funciones incluyen el acompañamiento y traslado de pacientes, el mantenimiento de un ambiente seguro y ordenado, y la asistencia en procedimientos médicos. También se encargan de la gestión de documentación y muestras, y colaboran en situaciones de emergencia. La comunicación efectiva y el apoyo emocional a los pacientes son componentes esenciales de su trabajo. En conjunto, estas funciones contribuyen a garantizar la calidad de la atención y la eficiencia en el funcionamiento de los centros de atención primaria.

El celador en el servicio de Atención Primaria es un pilar fundamental cuyas funciones abarcan una amplia variedad de responsabilidades. Su labor va más allá de la mera logística y logra un impacto significativo en el bienestar y la atención de calidad brindada a los pacientes.

En primer lugar, el celador se encarga del acompañamiento y traslado de pacientes, asegurando que puedan moverse con comodidad y seguridad por el centro de atención primaria. Esta función no solo facilita la movilidad de los pacientes, sino que también proporciona un apoyo emocional invaluable, especialmente en situaciones de vulnerabilidad.

Asimismo, el celador juega un papel esencial en el mantenimiento de un entorno seguro, limpio y organizado. Esta labor va más allá de la mera apariencia, ya que contribuye directamente a la prevención de riesgos y a la promoción de un entorno propicio para la recuperación y el tratamiento médico.

Durante procedimientos médicos y situaciones de emergencia, el celador proporciona un apoyo valioso al personal de salud. Su participación en la preparación

y asistencia durante estos procedimientos es esencial para garantizar que se realicen de manera segura y eficaz. Además, el celador se encarga de la gestión y transporte de documentación y muestras, asegurando la fluidez en la atención al paciente y la disponibilidad de información relevante.

En situaciones de emergencia, el celador desempeña un papel central al colaborar en la evacuación segura de pacientes y en la coordinación de acciones para garantizar la seguridad de todos los presentes. Su capacidad para mantener la calma y tomar decisiones adecuadas es crucial en momentos críticos.

La comunicación efectiva es una habilidad clave del celador. Actúa como un enlace esencial entre los pacientes y el personal de salud, asegurándose de que las necesidades y preguntas de los pacientes sean atendidas de manera efectiva. Además, el celador brinda apoyo emocional, contribuyendo a la comodidad y tranquilidad de los pacientes durante su estancia en el centro de Atención Primaria.

En resumen, el celador en el servicio de Atención Primaria desempeña un rol polifacético y vital. Sus funciones, que van desde el acompañamiento y traslado de pacientes hasta la gestión de documentación y apoyo emocional, convergen para garantizar una atención de calidad en un entorno seguro y acogedor. Su contribución es esencial para el correcto funcionamiento y la eficiencia de los centros de salud en este nivel de atención.

En resumen, se pueden esquematizar las funciones del celador del siguiente modo:

- Facilitar el Acceso y Movilidad de los Pacientes: Garantizar que los pacientes puedan moverse de manera segura y sin obstáculos dentro del centro de atención primaria, facilitando su acceso a las áreas de consulta, tratamientos y servicios.
- Mantener un Entorno Seguro y Ordenado: Velar por la limpieza y el orden en las instalaciones, contribuyendo a la prevención de riesgos y proporcionando un ambiente seguro y agradable para pacientes y personal de salud.
- Brindar Apoyo Emocional y Comodidad: Ofrecer apoyo emocional a los pacientes, especialmente en situaciones de ansiedad o estrés, creando un entorno de confianza y comodidad durante su estancia en el centro.
- Asistir en Procedimientos Médicos: Colaborar con el personal de salud en la preparación y ejecución de procedimientos médicos, asegurando que cuenten con el equipo y los suministros necesarios.
- Gestionar y Transportar Documentación y Muestras: Asegurar que la documentación médica y las muestras biológicas se trasladen de forma segura y efi-

ciente dentro del centro, contribuyendo a la fluidez en la atención al paciente.

- Controlar el Acceso y la Seguridad: Supervisar y controlar el acceso a áreas restringidas, garantizando la confidencialidad y seguridad de la información y los recursos del centro.
- Colaborar en Situaciones de Emergencia: Participar activamente en la evacuación segura de pacientes y en la coordinación de acciones durante situaciones de emergencia, contribuyendo a la seguridad de todos los presentes.
- Facilitar la Comunicación entre Pacientes y Personal de Salud: Actuar como un enlace de comunicación entre los pacientes y el personal médico, asegurando que las necesidades y preguntas de los pacientes sean atendidas de manera efectiva.
- Apoyar en Tareas Administrativas: Asistir en tareas administrativas como la gestión de citas, el registro de pacientes y la organización de documentación, contribuyendo al flujo eficiente de la atención médica.
- Fomentar un Ambiente de Trabajo Colaborativo: Trabajar en conjunto con el resto del personal de salud para asegurar una atención integral y de calidad para los pacientes, promoviendo un ambiente de trabajo armonioso y eficaz.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del celador en atención primaria es de vital importancia para el funcionamiento eficiente y la calidad de la atención médica. Su labor abarca desde el acompañamiento y traslado de pacientes hasta la gestión de documentación y apoyo emocional. La capacidad del celador para mantener un entorno seguro y ordenado, así como su habilidad para comunicarse efectivamente, contribuye significativamente al bienestar de los pacientes.

La formación especializada y habilidades interpersonales son pilares fundamentales para el desempeño efectivo del celador. Su adaptabilidad, capacidad de trabajo en equipo y habilidades de comunicación son esenciales en el entorno dinámico de la atención primaria.

En resumen, el celador desempeña un rol integral y valioso en la atención primaria, asegurando que los pacientes reciban una atención de calidad en un entorno seguro y acogedor. Su contribución es esencial para el correcto funcionamiento y la eficiencia de los centros de salud en este nivel de atención.

6 Bibliografía

1. Revista de Gestión Sanitaria. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/publicaciones/gestion-sanitaria/>.

2. El rol del celador en la promoción de la salud en atención primaria. Revista de Salud Pública, 30(4), 567-578.
3. Organización Mundial de la Salud. (2017). Manual de funciones y competencia.
4. LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA/ Celadores / 16/07/2023 / Por Revista Ocronos <https://revistamedica.com/competencias-celador-atencion-primaria/>
5. Revista Médica. (s.f.). Celador: movilización de pacientes y posiciones anatómicas. Recuperado de <https://revistamedica.com/celador-movilizacion-pacientes-posiciones-anatomicas/>
6. Revista Médica. (s.f.). Técnicas usadas por el celador en la movilización de pacientes. Recuperado de <https://revistamedica.com/tecnicas-usadas-celador-movilizacion-pacientes/>

Capítulo 381

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ALMACÉN

AURORA ALMENDROS GARCÍA

ISMAEL GARCIA OCAÑA

CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ

JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA

YOLANDA HUECAS HERAS

1 Introducción

El servicio de almacén, a menudo considerado como el corazón logístico de cualquier institución de salud, desempeña un papel crucial en la prestación de atención médica de calidad. Es el epicentro donde convergen y se distribuyen suministros médicos, equipos especializados y materiales esenciales para el cuidado de los pacientes. En este contexto, la figura del celador se eleva a una posición de singular importancia. No se limita únicamente a la gestión y organización del almacén, sino que su responsabilidad radica en asegurar que los recursos necesarios estén disponibles en el momento preciso para garantizar una atención óptima.

El celador en el servicio de almacén se convierte en un engranaje esencial en el engranaje de la atención médica. Su papel abarca desde la recepción y verificación de suministros, hasta la distribución eficaz a los distintos departamentos y áreas

de atención. Asimismo, supervise los niveles de inventario y reporte cualquier necesidad de reposición, evitando interrupciones en el flujo operativo.

En este capítulo, exploraremos en detalle las funciones y responsabilidades específicas del celador en el servicio de almacén. Desde la gestión de inventario hasta la coordinación logística, analizaremos cómo su desempeño efectivo contribuye de manera directa a la continuidad y calidad de la atención médica. Además, examinaremos la importancia de su colaboración con otros miembros del equipo de salud y su rol en la eficiencia operativa de la institución.

En última instancia, este capítulo pretende ilustrar la relevancia crítica del celador en el servicio de almacén como un elemento fundamental en la cadena de suministro de atención médica, y cómo su mano de obra incansable garantiza que los recursos necesarios estén siempre al alcance, en el momento exacto. En que se necesitan para el cuidado y bienestar de los pacientes.

2 Objetivos

— Describir las funciones del celador en el almacén hospitalario.

3 Metodología

Para la realización del siguiente capítulo se han realizado los siguientes pasos:

1. Revisión Bibliográfica:

Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de fuentes bibliográficas, incluyendo libros, artículos científicos y manuales especializados en gestión de almacenes en entornos de atención médica.

2. Consulta a expertos:

Se realizaron entrevistas a profesionales con experiencia en gestión de almacenes en instituciones de salud. Esto permitió obtener información de primera mano sobre las responsabilidades y desafíos del celador en almacén.

3. Experiencia Práctica:

Se incorporó la experiencia práctica de profesionales del sector de la salud que han trabajado con celadores en el servicio de almacén. Sus observaciones y testimonios proporcionarán valiosos aportes a la comprensión del tema.

4. Análisis de Normativas y Protocolos:

Se examinaron detalladamente las normativas y protocolos establecidos por organismos reguladores y entidades de salud respecto a la gestión de almacenes y suministros médicos.

5. Visitas a Instituciones de Salud:

Se realizaron visitas a diferentes instituciones de salud para observar directamente el trabajo del celador en el servicio de almacén. Esto brindó una perspectiva práctica de las tareas y responsabilidades del celador en este contexto.

6. Entrevistas con Celadores:

Se llevaron a cabo entrevistas específicas con celadores que trabajan en el servicio de almacén. Esto permitió obtener información detallada sobre sus funciones, desafíos y experiencias en el desempeño de sus labores.

7. Comparación y Validación de Información:

Se compararon y validaron los datos recopilados de diferentes fuentes para garantizar la coherencia y precisión de la información presentada en el capítulo.

8. Redacción y Estructuración del Capítulo:

Con base en la información recopilada y analizada, se redactó el capítulo, siguiendo una estructura lógica que aborda las funciones y responsabilidades del celador en el servicio de almacén.

9. Revisión y Corrección:

Se llevó a cabo una revisión exhaustiva del contenido para asegurar la coherencia, claridad y precisión de la información presentada.

Esta metodología combina la investigación bibliográfica, la experiencia práctica y la consulta a expertos, proporcionando una visión completa y precisa del papel del celador en el servicio de almacén en el contexto de la atención médica.

4 Resultados

Sin entrar en detalles sobre las funciones de cada uno de los integrantes del equipo que trabaja en el almacén, podemos detallar los siguientes puestos:

- Jefe de almacén
- Encargado de almacén
- Personal administrativo
- Celadores

Las funciones que realiza el celador en el almacén vienen recogidas en el acuerdo del Consejo de Ministros de 26 de junio de 1990, aprobado el 17 de julio de 1990, modificando así el Real Decreto-Ley 3/1987 sobre régimen retributivo del personal estatutario.

Son las siguientes;

- Recepcionar la mercancía comprobando los bultos indicados en el albarán de entrega
- Revisar físicamente el estado del material recibido.
- Ubicar los materiales en los lugares designados para ello dentro del almacén
- Identificar con etiquetas las estanterías y cajas
- Colocación y retirada cuando proceda de las señales de stock bajo mínimo (amarillo)
- Picking o preparación de los pedidos de los diferentes servicios.
- Distribuir los suministros internos a las distintas plantas y servicios del hospital.
- Participar en el recuento del material (inventario permanente)
- Comprobar que los pedidos de los diferentes servicios o unidades del hospital están cumplimentados correctamente
- Entregar al responsable del almacén los albaranes donde vienen especificadas las entradas diarias del material recibido
- Vigilar las entradas y salidas del almacén, impidiendo el acceso a las personas no autorizadas
- Cualquier otra función que el jefe de almacén considere necesaria, dentro de la categoría de celador.

Como resultados también podemos destacar los siguientes puntos:

-Rol fundamental del celador:

Se destaca la relevancia crucial del celador en la gestión de suministros, asegurando su disponibilidad y calidad para la atención médica.

-Optimización de Inventarios:

El celador contribuye a mantener niveles de inventario adecuados, evitando excesos o faltantes de suministros esenciales.

-Eficiencia Operativa Mejorada:

El desempeño efectivo del celador en la gestión de suministros hospitalarios mejora la eficiencia operativa y la continuidad de la atención médica.

-Colaboración Multidisciplinaria:

La comunicación efectiva y la colaboración con otros departamentos son esenciales para satisfacer las necesidades específicas de suministros.

-Garantía de Seguridad del Paciente:

Al asegurar la disponibilidad de suministros, el celador contribuye significativamente a la seguridad y bienestar de los pacientes.

-Cumplimiento de Regulaciones:

El celador opera en estricta conformidad con las regulaciones y protocolos establecidos por la institución de salud y entidades reguladoras.

-Preparación para Emergencias:

El celador está preparado para gestionar suministros en situaciones de emergencia, asegurando una respuesta efectiva y rápida.

-Ambiente de Trabajo Seguro:

La labor del celador en mantener un entorno de trabajo seguro y organizado en el almacén contribuye a la seguridad y bienestar de todo el personal.

Impacto en la Seguridad del Paciente:

La mano de obra del celador garantiza que los suministros necesarios para la atención de los pacientes estén siempre disponibles. Esto tiene un impacto directo en la seguridad y el bienestar de los pacientes, al asegurar que se les brinde una atención oportuna y efectiva.

Colaboración Interdepartamental y Comunicación Efectiva:

El celador interactúa de manera estrecha con diferentes departamentos, como compras y enfermería, para comprender y satisfacer las necesidades específicas de suministros. Esta colaboración eficaz es esencial para garantizar una provisión ininterrumpida de recursos.

Estos resultados subrayan la importancia del celador en la gestión de suministros hospitalarios y cómo su desempeño efectivo tiene un impacto directo en la calidad y continuidad de la atención médica. Su trabajo contribuye significativamente a la seguridad y bienestar tanto de los pacientes como del personal de salud.

Reducción de Costos Operativos:

La gestión eficiente de inventarios por parte del celador contribuye a minimizar los costos asociados con la compra y almacenamiento de suministros, optimizando así los recursos financieros de la institución.

Mejora en la Experiencia del Paciente:

Al asegurar la disponibilidad inmediata de suministros hospitalarios.

Prevención de Interrupciones en la Atención:

El celador evita interrupciones en la atención al asegurar que los suministros estén siempre disponibles, lo que es esencial para la continuidad de los tratamientos y procedimientos médicos.

Facilitación de Auditorías y Cumplimiento Regulatorio:

La meticulosidad en el registro y etiquetado.

Estos resultados adicionales subrayan aún más la importancia del celador en el servicio de almacén de suministros hospitalarios y su impacto en múltiples aspectos, desde la eficiencia operativa hasta la experiencia del paciente y la reputación de la institución. Su labor va más allá de la logística, siendo un pilar fundamental para el éxito y buen funcionamiento.

5 Discusión-Conclusión

El rol del celador en el servicio de almacén se erige como un componente esencial en la gestión de suministros en entornos de atención médica. Su mano de obra abarca desde la recepción y almacenamiento de suministros hasta la eficaz distribución a cada uno de los departamentos.

La colaboración efectiva con otros departamentos se revela como un factor clave para asegurar que cada área cuente con los suministros necesarios. Además, el celador se convierte en personal imprescindible para su buen funcionamiento.

El celador en el servicio de almacén juega un papel central en la gestión de suministros hospitalarios, asegurando su disponibilidad y calidad para la atención de pacientes.

Su habilidad para optimizar inventarios y evitar pérdidas por vencimiento demuestra ser crucial para la eficiencia operativa y la reducción de costos.

La colaboración multidisciplinaria y la capacidad de respuesta en emergencia.

La contribución del celador se extiende más allá de la logística, impactando la seguridad del paciente, la experiencia del mismo y la reputación de la institución.

La colaboración interdepartamental se erige como una de las fortalezas más notables del celador. Su capacidad para entender y atender las necesidades específicas de cada área fomenta la eficiencia y agilidad en la atención al paciente. Asimismo, su preparación para emergencias asegura una respuesta rápida y efectiva en situaciones críticas.

La meticulosidad del celador en la gestión de registros y el cumplimiento estricto de regulaciones y protocolos subrayan su compromiso con la calidad y seguridad en la atención médica. Esta dedicación incansable no solo impacta en la experiencia del paciente, sino que también contribuye a la reputación y prestigio de la institución de salud.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador almacén hospitalario. <https://revistamedica.com/funciones-celador-almacen-hospitalario/>.
2. Revista Médica. (2023). <https://revistamedica.com/funciones-celador-almacen-hospitalario/>.
3. III Congreso sicepa (2023). <https://congresosicepa.com/funciones-celador-almacen-hospitalario/>.
4. Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-el-almacen/>.

Capítulo 382

LOS CELADORES ANTE SUS FUNCIONES EN LOS CENTROS DE SALUD DE SUS PROVINCIAS.

CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO

M.ANGELES SOTER GOMEZ

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

CECILIO MARTINEZ AMORAGA

ISABEL GALLARDO ALÍA

1 Introducción

En la realización de este trabajo, se ha tenido en cuenta la 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. De este modo, en el desarrollo de este trabajo se va a conocer las funciones y actuaciones que desempeñan los celadores en atención primaria. Así, se destaca que cuando un paciente acude al centro de salud, la primera persona en recibirlo es el celador. El celador es quien mantiene una pequeña conversación con el paciente para conocer la causa de su llegada al centro de salud. En este sentido, el celador, con toda amabilidad, le proporciona las indicaciones correctas donde debe acudir el paciente. Además, si el paciente lo requiere, el celador puede acompañar hasta la puerta del servicio estimado al paciente.

El celador de atención primaria está en todo momento disponible para realizar sus funciones, sobre todo, en la puerta principal y dentro del centro. Así, si una persona que acude al centro de salud presenta dificultades en la movilidad, el celador facilita una silla de ruedas a los pacientes para la movilidad por el centro de salud.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer las funciones que llevan a cabo los celadores en el centro de salud de atención primaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador de atención primaria vela por la vigilancia y seguridad del área, es decir, el celador debe procurar que se establezca un ambiente de silencio que respete al resto de pacientes que se encuentran en dicha área. Además, el celador también es el encargado de colocar y ubicar a los acompañantes de los pacientes, manteniendo el orden en todo momento, evitando aglomeraciones en las inmediaciones de esta área.

Los celadores de atención primaria tienen la potestad de mantener contacto e intercambio de información con el paciente, es decir, el celador puede informar al paciente del lugar en el que se encuentra, donde va a ser trasladado para la realización de diferentes pruebas o diagnósticos, fechas y horas de próximas consultas, etc. Bajo ninguna circunstancia o concepto, el celador debe proporcionar información sobre el estado de salud, resultados de pruebas o cualquier otro tipo de información fuera de su competencia.

Cuando un paciente acude al área de atención primaria, este puede presentar dificultades en su movilidad. Por ello, el celador proporciona en todo momento

las facilidades para que la estancia del paciente, y el traslado dentro del mismo, sea sencillo. Así, cuando el celador de atención primaria observa que el paciente que acude presenta dichas dificultades, le proporciona una silla de ruedas con la que es movido a la dependencia estimada.

El celador de atención primaria también se encarga de la reposición de materiales escasos de las consultas, y en general, de las dependencias del servicio. Por otro lado, los celadores de atención primaria desempeñan funciones de reparto y recogida de documentación, es decir, dentro del área, se encarga de trasladar documentos, historias clínicas.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se destaca la importancia en las tareas y funciones desempeñadas por el celador de atención primaria. De este modo, se observa que, con gracias a las actuaciones llevadas a cabo por el celador, que es la primera persona que establece un contacto directo con el paciente, se asegura que todos los pacientes que acudan a atención primaria reciban una atención cordial, además de una protección personal.

Además, con la intervención del celador de atención primaria se permite el correcto desarrollo y funcionamiento interno del servicio, siendo un pilar fundamental, de ayuda y colaboración para todo el personal sanitario.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en atención primaria. Disponible en: <https://essaeformacion.com/funciones-celador-atencion-primaria>.
2. Las funciones del celador en atención primaria. Disponible en: <https://revistamedica.com/las-funciones-del-celador-en-atencion>.

Capítulo 383

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE LENCERÍA.

CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO

M.ANGELES SOTER GOMEZ

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

CECILIO MARTINEZ AMORAGA

ISABEL GALLARDO ALÍA

1 Introducción

El servicio de lavandería suele ser un servicio de bajo valor cuya misión básica es la hospitalidad, la lavandería está en el nivel más bajo y es muy similar a la limpieza. La infraestructura del lugar, la naturaleza de los productos a menudo no permiten el uso de métodos de desinfección efectivos para el procesamiento de la ropa. Un servicio de lavandería hospitalaria debe ser de fácil acceso para los profesionales y los pacientes con suficiente espacio de almacenamiento para abastecer todo el hospital.

Los hospitales disponen de unas lavanderías y planchas, estos servicios han sido privatizados, salvo unos pocos hospitales de Castilla-La Mancha, como es el caso de Albacete o de Manzanares, donde los estudios demuestran que es más rentable permanecer abiertos que cerrados. Son servicios independientes, cada uno Todos tienen su propio personal, antihigiénico. Las lavanderías hospitalarias se basan en los servicios que prestan y modo de control.

- Lavandería institucional: para uso exclusivo de su centro.
- Aseo semicentralizado: apto para varios centros hospitalarios.
- Lavandería centralizada: esta lavandería es apta para varios centros hospitalarios y

Tiene su propia gestión como el centro de costes. En cuanto al costo, suele ser alto debido a la gran cantidad de mano de obra.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer que el servicio de lencería debe contar con el almacenamiento suficiente para suministrar a todo el hospital, ya sea como paciente o como 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: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador que trabaja en el servicio de lavandería recibe la ropa limpia en un carro, que él mismo recibe del hospital o de lavanderías alquiladas. A primera hora de la mañana, el portero recibe frazadas, almohadas, sábanas, almohadones, cubrecolchones, edredones, pijamas, pijamas, uniformes de trabajo (blanco, verde y azul). El propio celador lo saca del carrito, lo pone todo sobre la mesa y lo coloca en el estante correspondiente, siempre separándolo por tallas. (Los uniformes de trabajo son blancos, excepto los de quirófanos o unidades de cuidados intensivos, que son de color verde o azul). La ropa interior también recibió uniformes para el personal de mantenimiento y de almacenamiento. A los que han trabajado más de un año se les da su propia ropa; este equipo

Se entregará con las iniciales o nombre y apellido de cada empleado retorno El nombre del trabajador, también debe tener el servicio que realiza, por ejemplo: quirófano. A los empleados sin contratos a largo plazo se les entregará un traje de

reemplazo, pero el traje no tendrá título o categoría y deberá devolverse después de que expire el contrato.

El conserje a cargo de la ropa interior preparó todos los carros de ropa limpia para todos los departamentos del hospital y luego distribuyó cada prenda para su uso. Desde un punto de vista económico, al no contar con medios de análisis y control y técnicos calificados, el proceso de lavado adquiere propiedades químicas corrosivas para la ropa. El personal que no dispone de un contrato de larga duración, se le asigna un traje de sustitución.

La ropa suele tener una vida útil corta debido al daño de la tela. Las lavanderías de los hospitales suelen ser más eficientes.

5 Discusión-Conclusión

La lavandería se encarga de atender las necesidades de todo el hospital, incluidos pacientes y profesionales. Estos dos servicios, incluidos el de lavandería y el de ropa interior, son fundamentales para una muy buena organización, ya que de ella depende un buen abastecimiento hospitalario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 384

EL CELADOR CUANDO UN PACIENTE FALLECE.

CRISTINA GONZÁLEZ LORENZO

M.ANGELES SOTER GOMEZ

ANGEL ANDRES SANCHEZ MARTINEZ

CECILIO MARTINEZ AMORAGA

ISABEL GALLARDO ALÍA

1 Introducción

En primer lugar, daremos una definición de la palabra "muerte". La muerte es el cese final y completo de todas las funciones vitales del cuerpo humano. También se le conoce con la palabra "Exitus", término que hace referencia al momento en que una persona muere. Los médicos son los que confirman la muerte. Sí, hay signos, signos tempranos y tardíos que pueden llevar a la muerte de un paciente. En las primeras etapas, durante la auscultación, se puede observar disnea, movimiento del abdomen o del tórax, falta de tono muscular, etc. Poco después, el cuerpo se congela, se solidifica y luego se enfría o se descompone horas después de la muerte. Los cuidadores o familiares juegan un papel vital antes, durante y después de la muerte de un paciente, asistiendo en el envoltorio sanitario, movilizándolo y trasladando al difunto, así como comunicándose directamente con sus familiares que necesitan paz, calma y sofisticación en estos momentos difíciles.

Los celadores en el hospital se limitan a cooperar, a cubierto y movilizar el cuerpo para facilitar la tarea al personal de todo el personal sanitario. Antes de la autopsia, el celador es el que lo llevará desde la habitación correspondiente y lo pondrá en la cámara frigorífica.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del celador cuando un paciente fallece.

3 Metodología

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

4 Resultados

Antes de la autopsia, el celador es el que lo llevará desde la habitación correspondiente y lo pondrá en la cámara frigorífica. Cuando llegue el momento de la autopsia, el forense llevará el cuerpo del congelador a la mesa de autopsias, lo sacará si es necesario y trabajará con el personal de salud que está a cargo de la autopsia. Una vez finalizada la autopsia, el difunto es lavado, envuelto y colocado en la sala. Continuará limpiando la mesa y la sala de autopsias, limpiando los instrumentos usados y entregando todas las muestras orgánicas. Todo ello requiere precauciones, se recomiendan guantes de látex y desechables, protección básica para este servicio. Cuando un guante se daña o se rompe, el personal de seguridad se lava las manos rápidamente y se pone un par de guantes nuevos. Se usa una bata, generalmente desechable, para evitar el derrame de sangre, y una máscara y gafas para evitar el derrame de fluidos corporales. Recuerde también que la principal medida para evitar la contaminación es el lavado de manos. En tales casos, las funciones del celador están recogidas en el artículo “14.2.19 del reglamento de personal no sanitario y 14.2.20”. Primero, los pacientes se preparan para poder verlos sus seres queridos antes del funeral. Entre las funciones incluye:

- Lleve consigo todas sus pertenencias personales.
- Retire los catéteres, sondas y todo el equipo de la canal.
- Limpiar el cuerpo.
- Cubrir la abertura natural con gasa o gasa para evitar pérdida, de sangre o secreción algodón.
- Asegure el tobillo con un vendaje.
- Cubrir el cuerpo con una sábana o funda zip, especial para envolver y márquelos de manera prominente para distinguirlos de los demás.
- Después de lo anterior, traslado a la camilla.
- Después de recibir el parte de traslado correspondiente, llévelo inmediatamente a la sala de autopsias. Serán lugares rara y discretamente frecuentados por familiares y enfermos.

5 Discusión-Conclusión

La actuación de los celadores en estas situaciones es fundamental, ya servirá de soporte a enfermeras o personal encargado en amortajar a los fallecidos, entre sus muchas funciones, ya que estará en contacto con la familia del fallecido, situación complicada para ellos, donde la empatía, sensibilidad y la buena educación es fundamental.

Nunca el celador informará a los familiares del fallecimiento del paciente. Es el personal sanitario quien tiene que dar esta información.

Es importante el conocimiento por parte del celador de todas las funciones que desempeña ante un paciente fallecido, y su realización de forma eficaz, contribuyendo al trabajo del equipo sanitario, y respetando siempre al fallecido y a sus familiares en una situación tan delicada como estas.

6 Bibliografía

1. Manual del Celador de Instituciones Sanitarias-MAD.
2. <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/tema-9-celautopsiay-mortuorios.pdf>.

Capítulo 385

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA.

AURORA ALMENDROS GARCÍA

JOSÉ JUAN TAPETADO VILLANUEVA

ISMAEL GARCIA OCAÑA

YOLANDA HUECAS HERAS

CRISTINA LUCÍA BRULL RODRÍGUEZ

1 Introducción

En el entorno hospitalario y atención médica, el papel del celador se extiende mucho más allá de las tareas de logística y gestión de suministros. En el servicio de rehabilitación y fisioterapia, el celador desempeña una función vital que contribuye directamente al bien.

La rehabilitación y la fisioterapia representan pilares fundamentales en la atención médica contemporánea, destinadas a restaurar la función física y mejorar la calidad de vida de individuos que han experimentado lesiones, cirugías o afecciones médicas. Estos servicios comprenden una amplia gama de tratamientos y terapias.

La rehabilitación y la fisioterapia tienen como objetivo restaurar la función. El celador juega un papel importantísimo a la hora de guiar y desplazar a los pacientes, para su correcta colocación.

Las unidades de rehabilitación-fisioterapia de los hospitales están integradas por varios profesionales, tanto sanitarios como personal de gestión y servicios. Dentro del grupo de sanitarios podemos distinguir a médicos rehabilitadores, enfermeros, fisioterapeutas y auxiliares de enfermería (TCAE). Como personal de gestión y servicios encontramos a auxiliares administrativos y celadores.

A lo largo de este capítulo, resaltaremos la importancia de valorar y reconocer la labor del celador en el servicio de rehabilitación y fisioterapia, subrayando cómo su dedicación incansable contribuye al bienestar general de aquellos que buscan recuperar su salud y funcionalidad física. Su papel, a menudo subestimado, pero absolutamente crucial, es una piedra angular en el camino hacia la recuperación y la mejora de la calidad de vida de los pacientes en el ámbito de la rehabilitación y fisioterapia.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del celador en el área de fisioterapia y rehabilitación.

3 Metodología

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

4 Resultados

La labor del celador en el servicio de rehabilitación y fisioterapia requiere de una metodología precisa y organizada para asegurar el correcto desarrollo de las actividades. A continuación, se detalla las funciones que el celador debe seguir. Resultados sobre el Celador en el Servicio de Rehabilitación y Fisioterapia:

- Rol esencial en la preparación y mantenimiento del espacio de rehabilitación: Se ha evidenciado que el celador desempeña un papel crítico en la preparación de las salas de rehabilitación. Su labor asegura que el espacio esté limpio. Antes de iniciar las sesiones de rehabilitación, el celador debe asegurarse de que el espacio

esté limpio y ordenado. Esto implica verificar que los equipos están a punto, organizados y equipados con los materiales y equipos necesarios para llevar a cabo las terapias de manera efectiva.

- Asistencia eficaz durante las sesiones de rehabilitación: Los resultados muestran que el celador proporciona una asistencia valiosa durante las sesiones de rehabilitación. Su presencia asegura la seguridad y comodidad de los pacientes, permitiendo a los terapeutas centrarse en las intervenciones específicas.
- Colaboración integral con el personal de salud y terapeutas: Se ha observado una estrecha colaboración entre el celador, el médico personal y los terapeutas. Esta sinergia facilita la ejecución de la rehabilitación.
- Cumplimiento riguroso de protocolos de seguridad: El celador debe estar atento a la seguridad de los pacientes durante las sesiones de rehabilitación. Esto implica asegurarse de que los ejercicios se realicen de manera correcta y segura.
- Gestión eficiente de citas y Horarios: Se ha constatado que el celador desempeña un papel clave en la coordinación de citas. Es responsabilidad del celador ayudar en la programación y coordinación de las citas de los pacientes, asegurando que las sesiones se realicen de manera eficiente y que se respeten los horarios establecidos.
- Orientación y apoyo fundamental para los pacientes: Los resultados destacan que el celador se convierte en un punto de apoyo crucial para los pacientes. Su capacidad para brindar orientación y apoyo emocional crea un ambiente de confianza y comodidad para aquellos que están en proceso de rehabilitación.
- Contribución significativa a la comunicación interdepartamental: Los hallazgos revelan que el celador juega un papel importante en la comunicación entre el servicio de rehabilitación y otros departamentos. Su capacidad para transmitir información relevante sobre el progreso de los pacientes garantiza una atención integral y coordinada.

El celador debe facilitar la comunicación entre el servicio de rehabilitación y otros departamentos, asegurando una atención integral para los pacientes. Esto implica transmitir información relevante sobre el progreso de los pacientes y sus necesidades.

Los celadores hacen el trabajo físico, transferencias, ayudan a utilizar los aparatos de rehabilitación, están pendientes de que no haya ninguna incidencia y, cuando

se termina la sesión, desinfectan, limpian y recogen.

Estos resultados confirman la importancia y el impacto significativo del celador en el servicio de rehabilitación y fisioterapia. Su labor va más allá de las tareas logísticas, siendo un elemento fundamental en el proceso de recuperación y mejora de la funcionalidad física de los pacientes. Su dedicación y profesionalismo contribuyen de manera directa al éxito de las terapias y al bienestar de los pacientes.

Los celadores hacen transferencias, ayudan a utilizar los aparatos de rehabilitación, están pendientes de que no haya ninguna incidencia y, cuando se termina la sesión, desinfectan, limpian y recogen.

Es de vital importancia la labor auxiliar del celador con respecto al fisioterapeuta en estas unidades de rehabilitación, así como la correcta comunicación con el resto del equipo para de esta manera formar un grupo de trabajo bien cohesionado. El celador en estas unidades debe conocer la colocación de las posiciones correctas de los pacientes para de esta manera facilitar la labor del fisioterapeuta.

5 Discusión-Conclusión

En el complejo entramado atención de la médica, el celador en el servicio de rehabilitación y fisioterapia emerge como un pilar fundamental, cuya labor es de un valor incalculable. Su presencia diligente y su compromiso con la seguridad y bienestar de los pacientes se traducen en un componente esencial en el proceso de recuperación y mejora de la funcionalidad física.

A través de la meticulosa preparación de espacios, la asistencia durante las sesiones de rehabilitación y la estrecha colaboración con el personal de salud y terapeutas, el celador se convierte en un aliado indispensable. Su dedicación va más allá de la tarea asignada; es la esencia misma de la confianza y el apoyo que los pacientes necesitan en su camino hacia la recuperación.

La atención meticulosa a los protocolos de seguridad, la gestión eficiente de citas y la comunicación fluida entre departamentos destacan la versatilidad y habilidades del celador en este contexto. Su labor incansable asegura que cada sesión de rehabilitación sea una oportunidad efectiva para el paciente de recuperar su funcionalidad y calidad de vida.

En última instancia, el celador en el servicio de rehabilitación y fisioterapia es mucho más que un facilitador logístico; es un faro de confianza y apoyo para aquellos que transitan el camino hacia la recuperación. Su dedicación, profesionalismo y empatía resplandecen en cada interacción, dejando una huella imborrable en el

proceso de sanación de los pacientes. Es, sin duda alguna, un héroe cotidiano en el campo de la rehabilitación y fisioterapia.

6 Bibliografía

1. Rodríguez, C., & Cuesta, R. (2017). Funciones del Celador en el Área de Rehabilitación. Editorial CEP.
2. Gutiérrez, E. (2017). La Función del Celador en el Servicio de Rehabilitación.
3. Revista OCRONOS ISSN 2603-8358- depósito legal: CA-27-2019.<https://congresosicepa.com/>.
4. (La Fundación del Lesionado Medular dispone de un sistema de gestión de calidad certificado de acuerdo a la norma UNE-EN ISO 9001:2015 por Applus+, 2020). <https://www.medular.org/celadores-en-la-flm/>.

Capítulo 386

MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE PARA CELADORES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

WILLIAMS CORDOVES CUEVAS

RAUL VALERO GOMEZ

AMPARO TIRADO GALLEGO

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos es un servicio donde se derivan a los pacientes que están en estado grave, está en peligro su supervivencia o pueden tener complicaciones en el proceso de su enfermedad por lo que requieren tratamiento, monitorización constante o medicación especial, el tiempo que esté en la unidad de cuidados intensivos. Algunos pacientes, además necesitan ventilación mecánica, portan catéteres, sondas de alimentación o vesicales, drenajes y demás equipos que se usan en dicha unidad por lo que la movilización no debe hacerse de forma brusca y el personal que la realiza debe estar debidamente formado, puesto que por la gravedad de estos pacientes la movilización a la hora de realizar cambios posturales es complicada.

El equipo de trabajadores de dicha unidad está formado por médicos especialistas en medicina intensiva, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores y otros profesionales, todos ellos formados para atender al paciente crítico, los cuales pueden ser politraumatizados, neurocríticos, cardíacos, grandes quemados, infecciosos, postquirúrgicos que han tenido complicaciones,

etc. y todos ellos requieren de un seguimiento y unos cuidados intensivos para los cuales se necesita un tratamiento y una vigilancia intensiva para los cuales dicho personal está preparado.

El celador es un profesional tan importante como los demás puesto que debe conocer las técnicas adecuadas para la correcta movilización y manejo de dichos pacientes.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del celador en la movilización de pacientes en la unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se a recopilado información de distintos estudios, los cuales estan en www.sanidad.gob.es

www.neurotrauma.net

www.navarra.es

www.orionformacion.com

Para conseguir información se han leído ,recopilado información y estudiado de varios libros y publicaciones en la movilización del paciente crítico así como la estancia en dicha unidad.

4 Resultados

En la unidad de cuidados intensivos hay diferentes especialidades, hay boxes para cada una de ellas:

Politraumatizados: pueden necesitar movilización en bloque, se realiza manteniendo la alineación espinal y corporal manteniendo el eje cabeza- cuello- columna y si tiene alguna fractura en una extremidad la inmovilizaremos y la movilizaremos alineándola al eje del tronco

Neurocríticos: el objetivo es que no aumente la presión intecraneal por lo cual la posición ideal sería antitrendelenbrg porque mantiene la cabeza elevada teniendo una correcta alineación corporal

Cardiología: la movilización debe hacerse sin esfuerzos excesivos para el paciente que no cause dificultad respiratoria.

Si se produjese una parada el celador deberá acudir al box del paciente, colocarlo en decúbito supino con una tabla debajo del pecho quedándose en el box hasta que termine la reanimación cardiopulmonar.

Infeciosos: el personal debe estar equipado para atender a este tipo de paciente con batas desechables o asépticas, mascarillas, guantes, gorros, calzas según el tipo de aislamiento que tenga el paciente.

Grandes quemados: el personal también deberá de atender a este tipo de paciente con ropa aséptica porque las quemaduras tienen un riesgo elevado de infectarse.

En cualquiera de los boxes para la movilización del paciente debe estar presente celador, técnico en cuidados de enfermería y enfermera teniendo un especial cuidado de sondas, aparatos (monitor, respiradores, bombas de perfusión, etc) y drenajes (si se abre un drenaje puede haber riesgo de infección) para evitar que lo que se ha drenado refluya debe estar colocado por debajo del nivel del paciente.

Cuando el celador traslade a un paciente lo hará con la supervisión de la enfermera, colocará y proporcionará el aparataje necesario para el traslado y la bala de oxígeno en caso de ser necesaria a la cabecera de la cama abriendo el flujo de oxígeno y regulando el manómetro a los litros que se le indiquen.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión a la que llegamos es que el paciente crítico debe ser tratado y movlizado de forma especial, dado a la gravedad y tipo de dolencia que presenta el paciente, se debe tener especial cuidado de catéteres, sondas, cables de monitorización y respirador en caso de usarlo.

El celador debe tener en cuenta a la hora de movilizar al paciente el tipo de especialidad en la que se encuentre ingresado, puesto que no se utilizan las mismas técnicas para movilizar a un paciente neurocrítico que a uno politraumatizado por ejemplo.

El celador debe estar siempre acompañado en la movilización por la enfermera y el técnico en cuidados de enfermería.

6 Bibliografía

www.sanidad.gob.es
www.neurotrauma.net
www.navarra.es

www.orionformacion.com

Capítulo 387

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN LA PLANTA DE DIGESTIVO.

ARMANDO DE LAS HERAS AYUSO

MILAGROS SAIZ BELINCHON

MACARENA GARCÍA POVEDA

IVAN CONTRERAS MARTÍNEZ

SANDRA QUINTANILLA BALLESTEROS

1 Introducción

La gastroenterología es una parte importante de la atención y el tratamiento de pacientes con trastornos del sistema digestivo. También conocido como gastrometría, esta área se incluye en hospitales y clínicas y cuenta con un grupo diverso de profesionales de la salud, incluidos gastroenterólogos, enfermeras, especialistas, celadores y otros facultativos.

El propósito de plantas gastrointestinales es brindar atención médica integral a pacientes que padecen problemas gastrointestinales, como enfermedades del hígado, páncreas, vesícula biliar, esófago, estómago, intestinos y colon. Los pacientes que ingresan a esta área son pacientes con dolencias, síntomas y afecciones, como dolor abdominal, diarrea, vómitos, diarrea, enfermedades inflamatorias, enfermedades hepáticas, etc.

Muchas cirugías y procedimientos se realizan en la parte inferior del abdomen, como endoscopia, colonoscopia, biopsias, estudios de imágenes y pruebas hepáti-

cas. Mientras están en la sala, los pacientes son evaluados, examinados y tratados por el equipo médico y reciben atención personalizada y de seguimiento. El objetivo principal de Digestivo es brindar atención médica especializada, aliviar los síntomas de los pacientes y mejorar su calidad de vida. Además, se pone énfasis en la prevención, detección temprana y tratamiento de enfermedades gastrointestinales, así como en la educación y orientación a los pacientes sobre el manejo de enfermedades y hábitos de vida saludables.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones de un celador en una planta de problemas digestivos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del celador en una planta de problemas relacionados con el aparato digestivo es importante para el funcionamiento eficiente y seguro de la unidad. El celador tiene muchas funciones y se encarga del cuidado y atención de los pacientes, así como de coordinar la gestión y el trabajo administrativo de la administración de los ingresos. En primer lugar, el celador gestiona la recepción de los pacientes que llegan al hospital, garantizando que sepan exactamente dónde están asignados. Además, ayudan a trasladar a los pacientes desde las salas de espera, oficinas o salas hasta donde se realizan procedimientos o pruebas. Además, trabaja preparando diferentes cursos para los pacientes, brindándoles la información necesaria y tranquilizándolos lo máximo posible.

El celador también se encarga de monitorear los movimientos internos de los pacientes en el área central y garantizar que sean dirigidos al área adecuada, como la sala de espera, el quirófano o la sala de tratamiento. Además, es responsable de guiar de forma segura y cómoda a los pacientes en sillas de ruedas o camillas y

velar por su seguridad y bienestar durante los traslados. Además del correcto funcionamiento para el paciente, este sistema también es importante para mantener la estabilidad y la limpieza de la cavidad abdominal. Ayuda con el mantenimiento y la limpieza de habitaciones, pasillos y áreas comunes para garantizar un ambiente limpio y seguro para los pacientes y el personal. Además, trabaja en el área de gestión de productos y residuos de acuerdo con las políticas establecidas. Otra función importante de un celador en el área de digestivo es administrar los equipos y suministros necesarios para la atención médica. Esto incluye garantizar que el equipo esté en buen estado de funcionamiento, transportado y almacenado correctamente, y trabajar con el personal médico y las enfermeras para garantizar que el equipo y los suministros sean apropiados para cada trabajo. Sus responsabilidades van desde recibir y transferir pacientes hasta trabajar con la gestión del consultorio y la administración pública. Su arduo trabajo y compromiso ayudarán a crear un mejor entorno para la salud y el bienestar del paciente, y una buena coordinación del equipo multidisciplinario.

5 Discusión-Conclusión

Un concepto importante para los celadores es mantener una comunicación y colaboración efectiva con los médicos, enfermeras y otros miembros del equipo de atención médica. Esto garantiza un flujo de trabajo optimizado y una mejor atención al paciente. Además, es importante mantener una actitud afectuosa y respetuosa hacia los pacientes, brindarles apoyo emocional y atender sus necesidades básicas. Además, es importante seguir políticas de salud y seguridad para garantizar un ambiente limpio y saludable en el sitio. Además, también debemos prestar atención a las necesidades y requisitos de los pacientes, brindarles asistencia oportuna y organizar el confort del paciente durante la hospitalización.

6 Bibliografía

1. Responsabilidades del celador en plantas de hospital. Revista de investigación médica. Romero, MD G., Aznar, E.M., Giménez, C.P., Ibarben, M.T.B., Alvarez, Y. F. y Villacampa, EM (2023).

Capítulo 388

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN UN HOSPITAL DE DÍA.

MILAGROS SAIZ BELINCHON

ARMANDO DE LAS HERAS AYUSO

MACARENA GARCÍA POVEDA

IVAN CONTRERAS MARTÍNEZ

SANDRA QUINTANILLA BALLESTEROS

1 Introducción

Se consideran hospitales de día los servicios que incluyen los servicios de oncología hospitalaria. Una clínica de día es un servicio donde los pacientes reciben tratamientos oncológicos, como quimioterapia, ya sea intracavitaria, intravesical, intraperitoneal, etc. dependiendo del tipo de cáncer o tumor que requiera un tratamiento específico. El servicio de un hospital de día es diseñar y crear un lugar con sillas, sillones, boxes y camas acorde al estado de salud de los pacientes durante su estancia, estos son los tipos de pacientes frágiles que necesitan una atención adecuada, para su comodidad y ante cualquier fallo del sistema debido a la quimioterapia, poder rápidamente solventarlo en caso de ser necesario. Para ello, el hospital de día, debe estar bien comunicado con la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde se crea una sala circular que sirve como centro de operaciones y servicios, donde hay sillas o camas y una sala de almacenaje de

tratamientos, sueros y demás útiles, y es manejada por personal médico, enfermería, y por el equipo de celadores para el posible traslado inmediato. El celador forma parte de un equipo involucrado y multidisciplinar en el programa que incluye enfermeras y auxiliares de enfermería, así como oncólogos.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es el de identificar y exponer las funciones de un celador en un hospital de día.

3 Metodología

En preparación para este trabajo, realizamos un estudio que incluyó una revisión de 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

El personal de enfermería del hospital atiende a los pacientes que llegan a la clínica de día desde su casa, ya sea por sus propios medios como por parte de ambulancias (ya sea andando, en sillas de ruedas o camillas). Para estos programas se trabaja con el personal médico de la clínica de día para localizar y trasladar a los pacientes, según sea la movilidad que tenga el paciente y la situación en la que se encuentre en su propia casa.

Los celadores también realizan los movimientos necesarios para los pacientes en las camas y colocan sueros o camas cuando el personal médico lo necesita, reubicando salas o dejando espacios libres para otros usuarios.

Cuando los pacientes ingresan a la clínica por la mañana, generalmente se realizan análisis de sangre y orina y son enviados inmediatamente al laboratorio para su análisis. Este análisis generalmente se realiza con un carro lleno de muestras, se transporta al laboratorio de la misma manera y luego se regresa al trabajo con un carro vacío con gravilla y pipetas repuestas.

En ocasiones, los pacientes con cáncer necesitan otras pruebas, como radiografías, ecografías, tomografías computarizadas, etc. Es responsabilidad del

celador el traslado de estos pacientes a las salas de diagnóstico que correspondan, así como su regreso después de que hayan finalizado.

Lo llevan a los servicios designados, esperan a que se complete la prueba y luego el paciente regresa al box inicial de su ingreso. Esta es una de esas cosas que requiere que un celador esté presente en todo momento, ya que pueden surgir problemas en cualquier momento con estos pacientes y requerir atención médica inmediata. En estos casos el trabajo se detiene y las muestras y el equipo se transfieren del centro de tratamiento a otras instalaciones solo cuando lo indique el personal médico.

5 Discusión-Conclusión

Finalmente, en este capítulo, se destaca el importante papel de los celadores en el cuidado de los pacientes con cáncer en el entorno actual. Como vemos en el apartado de resultados, el trabajo del personal de celadores demuestra la cantidad de trabajo que realiza el personal sanitario y no sanitario en estas áreas y la importancia de su colaboración con los servicios sanitarios y no sanitarios de la zona, para que los pacientes puedan recibir un buen cuidado y atención, y anticipar el impacto que la enfermedad tendrá en ellos en su caso, ya que son enfermedades en las que anticiparse puede ayudar mucho.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://escuelafintech.com/celador-hospital>.

Capítulo 389

EL CELADOR EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS

CONSUELO ISABEL GONZÁLEZ SUÁREZ

1 Introducción

Las urgencias de un hospital es un lugar en el que se actúa con rapidez para atender de urgencia y emergencia los pacientes que lo requieren. Los celadores deben conocer cómo debe ser su actuación en el traslado y movilización de los pacientes en el área de urgencias, así como tener conocimiento exacto de cada área de las urgencias.

Es muy importante la labor del celador al trabajar con el paciente, si bien nunca estará sólo en situaciones graves o muy graves, deberá atender a las indicaciones que le haga el personal sanitario para poder colocar al paciente conforme a las indicaciones que recibamos.

El celador es la persona encargada de recibir a los pacientes en la entrada de las urgencias hospitalarias, generalmente con sillas de ruedas para ayudar a trasladar a los pacientes más leves. Por el contrario, suele ser habitual que cuando llega un paciente grave o muy grave que está siendo atendido de urgencia por un médico y trasladado en soporte medicalizado, estos den aviso de lo que necesitan a su llegada. Por ejemplo puede requerirse una bala de oxígeno, camilla, colchón de vacío, etc.

Por todo lo mencionado anteriormente es también importante que el celador tenga un leve conocimiento de términos científicos y que conozca el instrumental que le puede ser requerido y dónde poder localizarlo con rapidez.

2 Objetivos

- Describir brevemente la importancia de la atención urgente en los hospitales
- Presentar las actuaciones básicas de los celadores en las urgencias de un hospital

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha buscado información en la base de datos de Medline, y se ha comparado con la actuación que realizan los trabajadores de urgencias de un hospital. También se ha buscado información sobre la forma de movilizar a los pacientes.

4 Resultados

En el área de urgencias se tratan dos tipos de situaciones. Por un lado las situaciones de “urgencia” que son aquellas que no comprenden un riesgo vital para el paciente pero sí que debe ser atendida entre 24/48h. Mientras que las “emergencias” deben ser tratadas de inmediato, ya que suponen riesgo para la vida.

En las urgencias de los hospitales hay pacientes que acuden por su propio pie al centro sanitario y otros que acuden en soporte vital medicalizado (UVI móvil formada por un médico, un enfermero y dos técnicos, ambulancias de dos técnicos acompañados o no por médicos de atención primaria o ambulancias convencionales con un técnico que suelen trasladar pacientes más leves e incluso en helicóptero).

En todas las situaciones y casos anteriores, la persona encargada de recibir a los pacientes es el equipo de celadores, quienes estarán previstos de sillas de ruedas, camas o de camillas y que colaborarán en el trasvase y movilización del paciente.

Otra de las funciones de los celadores será la de mantener la entrada de urgencias libre de elementos que dificulten la entrada ágil y rápida de emergencias y deberán asegurarse de que hay disponibilidad de sillas y tener cerca camillas.

También se ocupan de contener a pacientes mientras se les realizan exámenes o pruebas. Hablamos de contenciones leves a niños o pacientes adultos que no estén agresivos o excesivamente violentos, o pacientes psiquiátricos alterados, para lo cual puede requerirse Fuerzas de Orden Público o el propio hospital dispondrá

de personal debidamente preparado para ayudar a los celadores y evitar autolecciones del paciente o actuaciones agresivas al personal.

Una de las funciones más características es la de trasladar a los pacientes a realizar pruebas o a los quirófanos o cualquier lugar en el que deba ser atendido el paciente.

También colabora con la familia de los pacientes a los cuales guiará a llegar hasta el enfermo si fuera necesario y se ocupará de realizar las comunicaciones verbales que deba trasladar al personal sanitario.

En la movilización de los pacientes, el celador deberá conocer todas las posturas en las que se debe colocar a un paciente (decúbito supino, lateral, etc.) y atenderá principalmente a las indicaciones del personal sanitario si está con él y si tiene dudas nunca actuará sin haber consultado con el personal ni tomará decisiones por su cuenta. Ante cualquier duda se debe preguntar al personal.

Hace falta indicar que por ley de protección de datos el celador no debe facilitar datos a nadie bajo ningún concepto, ni informar a los familiares sobre el estado de un paciente, ni cubrirá ningún documento ya sea de admisiones o cualquier informe médico.

5 Discusión-Conclusión

La actuación de los celadores en el servicio de urgencias debe ser rápida, con firmeza y decisión sobre los pacientes que acuden al servicio, y deben estar pendientes de las entradas y salidas de los pacientes para dar una buena imagen del hospital.

En urgencias el trabajo es estresante porque se ven situaciones graves y delicadas y por ello es importante la buena complicidad entre el turno de celadores y es importante el trabajo en equipo, pues estamos en situaciones en las que no hay margen de error.

Como última conclusión, señalar que los celadores deben prestar su servicio con total diligencia y tener en cuenta las normas básicas de trato a los pacientes, siendo empáticos y no haciendo comentarios ofensivos ni de ningún tipo para evitar trastornos al paciente.

6 Bibliografía

- Celador de instituciones sanitarias
- El celador en el área de urgencias

Capítulo 390

PARADA CARDIORESPIRATORIA

IZASKUN LOPEZ REDONDO

1 Introducción

Cuando una persona entra a un servicio de urgencias de atención primaria puede ser por una dolencia y derivado de ello puede que se desplome y tenga una parada cardiorrespiratoria (PCR). Se considera como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y la circulación espontánea. Los ritmos cardíacos irregulares llamados arritmias causan paro cardíaco.

Los síntomas de un paro cardiorrespiratorio son:

Caer de repente y quedar inconsciente (desmayarse)

No respirar, o respirar agitadamente o de forma ineficaz

No responder a los gritos o sacudidas

Dolor fuerte en el pecho, abdomen o espalda que no se alivia

Falta de aire o dificultad para respirar

Dificultad para hablar de forma clara

Hormigueo en el brazo izquierdo

Palidez y cansancio excesivo

Náuseas y mareos frecuentes.

Durante los últimos años, con el interés creciente en la reanimación cardiopulmonar, además de la implantación de la desfibrilación de acceso público (DAP), fundamentalmente motivada por el incremento de muertes súbitas en pacientes jóvenes y de gran impacto mediático, sobre todo en deportistas, han llevado a que todas las sociedades científicas e incluso las administraciones públicas recomienden la realización de cursos en soporte vital básico y de primeros auxilios, así como manejo del desfibrilador semiautomático (DESA).

2 Objetivos

Describir el protocolo de actuación en caso de para cardiorrespiratoria.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Scielo, y Google académico, temarios de oposición de celador y se han utilizado búsquedas de palabras como: R.C.P, reciclaje, síntomas, conocimientos, protocolo de actuación, actuación del personal sanitario, celador.

4 Resultados

Un celador en una parada cardiorrespiratoria puede resultar de gran beneficio para el personal médico. Es importante destacar que el protocolo de actuación en casos de parada cardiorrespiratoria es crucial para salvar vidas.

En caso de una parada cardiorrespiratoria, es necesario colocar al accidentado en una posición que evite que la lengua obstruya la tráquea y cierre las vías respiratorias, lo que provocaría una parada cardiorrespiratoria.

Es una situación de emergencia y potencialmente reversible.

El primer paso es el reconocimiento inmediato de la situación de gravedad, de la emergencia, si se encuentra una persona que no responde, es decir, no hace ningún movimiento a la estimulación. Si el paciente responde, o bien se mueve o gime al estimularle se colocará en posición lateral de seguridad y se alertará igualmente a los servicios de emergencias.

Las compresiones torácicas han demostrado ser una de las maniobras más efectivas en la RCP. Consisten en una serie de aplicaciones rítmicas y contundentes, con presión, sobre la mitad del esternón, y cuyo objetivo es crear un flujo de sangre en el organismo al aumentar la presión intratorácica y la compresión directa del corazón, consiguiendo que llegue sangre al miocardio y al cerebro y reciban oxígeno para mantener las funciones metabólicas de sus células.

Se recomienda que para administrar eficazmente compresiones deben realizarse con fuerza y rapidez, es decir, cualquier reanimador debe realizarlas a un ritmo de “al menos” 100 compresiones por minuto y con una profundidad de “al menos” 5 cm en adultos, permitiendo tras cada compresión que el tórax se descomprima de todo, regrese a la posición original. De esta forma el corazón se puede llenar de sangre antes de la siguiente compresión, lo cual garantiza un flujo sanguíneo

bastante eficaz a los órganos vitales, además de que si no se hace bien disminuye la presión de perfusión coronaria y cerebral. También se recomienda minimizar la frecuencia y duración de las interrupciones de las compresiones para lograr un máximo número de ellas administradas por minuto.

El personal no sanitario nunca deberá interrumpir las compresiones para comprobar el pulso o el regreso de la circulación espontánea del paciente, sólo suspendiéndolas hasta la colocación del DESA, la víctima se despierte o llegue una unidad de soporte vital avanzado que asuma la responsabilidad sobre el paciente.

5 Discusión-Conclusión

El sistema de salud primario u hospital que está en contacto con pacientes, tiene que tener los conocimientos básicos sobre la RCP, para poder ofrecer una actuación temprana puesto que se pueden evitar muchas.

Se debe contar con un protocolo de actuación en la reanimación cardiopulmonar intrahospitalaria donde vengan recogidas las recomendaciones a seguir mejorando la realización de la reanimación cardiopulmonar.

Podemos incidir en su formación, ya que son parte del equipo de atención de urgencias en atención primaria y es de suma importancia que tengan mínimos conocimientos para poder actuar en caso de que suceda.

Es una situación crítica que necesita una acción inmediata.

6 Bibliografía

Temario de celador: <http://celadoresonline.blogspot.com/>

Revista médica Ocronos.

Pubmed, Scielo, y Google académico.

Capítulo 391

EL TRATO DEL CELADOR CON PACIENTES EN SITUACIONES ESPECIALES DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA

RAUL VALERO GOMEZ

AMPARO TIRADO GALLEGO

WILLIAMS CORDOVES CUEVAS

1 Introducción

Dada la situación del celador en una institución sanitaria al encontrarse este en primera línea de atención al público, será este quien informe al paciente y sus acompañantes de todo lo relacionado con consultas, ubicaciones, petición de citas, normas y cualquier otra cuestión que desconozcan.

El trato que el paciente reciba en este primer contacto va a influir decisivamente en la percepción global que haga de la institución sanitaria y en su actitud para próximas actuaciones

En este capítulo además queremos enfatizar las pautas específicas de actuación que se deberán tener en cuenta ante pacientes en situaciones especiales como pueden ser los que van a entrar a quirófano, los geriátricos, los que están al final de su ciclo vital o los que presentan algún tipo de discapacidad (personas sordas, con ceguera, con las actividades motrices disminuidas o pacientes con trastornos psicológicos), así como el trato con pacientes extranjeros, pues la comunicación se vuelve mas difícil.

Para que esta actuación sea fructífera en estas situaciones especiales el celador deberá potenciar al máximo cualidades como la facilidad de palabra, paciencia, extroversión, amabilidad, comprensión y empatía para que el trato con el paciente sea más fácil y llevadero por ambas partes.

2 Objetivos

Describir los aspectos clave a tener en cuenta por el celador respecto al trato con pacientes en diferentes servicios y situaciones especiales.

3 Metodología

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

CELADOR, PACIENTE ESPECIAL, COMUNICACIÓN, EQUIPO.

4 Resultados

EL CELADOR ANTE UN PACIENTE DE QUIRÓFANO

Un paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica su estado de ánimo será muy delicado, por lo cual una vez conduzcamos al paciente hasta la sala de espera para reducir su estrés y ansiedad sería recomendable tomar las siguientes actuaciones:

- Mantener un ambiente tranquilo, agradable y seguro sin voces ni ruidos
- Disponer de comodidad para el paciente
- Tratar al paciente con amabilidad mostrando interés por sus tareas cotidianas y de ese modo mostrarnos más cercanos a su persona.
- Debemos dar una imagen de tranquilidad y seguridad dejando de lado cualquier otro asunto, en esos momentos el paciente es el único y principal objetivo.

Si hacemos bien estas pautas conseguiremos un paciente más tranquilo sosegado y preparado psicológicamente para ser intervenido, tendrá más confianza en sí mismo.

PACIENTE GERIÁTRICO

Un trato adecuado del celador para personas de avanzada edad sería dirigirnos a ellas por su nombre, explicarles pausadamente y de manera clara todas las dudas que puedan tener dentro claro está de nuestras capacidades y licencias que tengamos en nuestro oficio.

Un primer paso para ganarnos confianza en este tipo de pacientes sería acompañarles en su primera toma de contacto en las instalaciones sanitarias, para de este modo le resulten lo más familiar y cercanas posible.

Este tipo de pacientes hay que tener en cuenta los hábitos y costumbres que han desarrollado a lo largo de su vida y hemos de tratar de modificarlas lo menos posible para que con ello se integren lo mejor posible en las instalaciones sanitarias.

PACIENTE AL FINAL DE SU CICLO VITAL

En esta última fase lamentablemente son pocas las actuaciones que podemos hacer ya por el paciente, aunque si podremos procurarle la mayor tranquilidad y silencio en la sala en la que se encuentre.

Permitiremos a la familia que lo visite, pero sin acumular demasiadas personas, en esta situación deberemos poner especial atención para tranquilizar a la familia y pedirles serenidad y silencio con amabilidad.

PACIENTES CON DISCAPACIDAD

ATENCIÓN A PERSONAS CIEGAS

Aquí es importante no mostrar nerviosismo, pues captaran nuestro estado tenso, llevaremos la iniciativa en el saludo para que capten nuestra presencia, estableciendo un leve contacto con nuestra mano y preguntando en qué podemos ayudar.

Hablaremos directamente con el enfermo invidente y no utilizaremos a su acompañante de intérprete, y el tono de voz debe ser moderado (no ven pero nos oyen perfectamente).

Debemos usar un lenguaje explícito en sí mismo, eliminando expresiones gestuales o corporales, también deberemos concretar las posiciones de objetos tomando como referencia a la persona en cuestión: por ejemplo “a su izquierda , detrás de usted”

ATENCIÓN A PERSONAS SORDAS

Con estos pacientes debemos asegurarnos que nos están prestando atención, es necesario que nos estén mirando a nuestro rostro para que interpreten lo que estamos comunicando.

Deberemos vocalizar con claridad, hablando poco a poco pausadamente, acompañando nuestro vocabulario con gestos y palabras escritas tantas veces como sea necesario.

ATENCIÓN A PERSONAS DISMINUIDAS FÍSICAS MOTRICES

A este tipo de enfermos se le deberá tratar con naturalidad y proporcionándoles la ayuda que necesitan en los desplazamientos y manipulaciones dentro del centro sanitario.

No debemos precipitarnos, antes de actuar hay que preguntar si necesitan ayuda y no nos impresionara el aspecto físico que puedan presentar, no debe condicionar nuestro trabajo su imagen.

Nos adaptaremos a su ritmo de movimientos para que estén lo más cómodos posible, también deberemos ser discretos y no indagar con preguntas incómodas sobre el origen de sus discapacidades.

ATENCIÓN A DISMINUIDOS PSÍQUICOS

Con este tipo de pacientes deberemos tener paciencia ya que existen aquí muchas barreras en la comunicación, nos relacionaremos según sus posibilidades.

No debemos actuar por ellos, hay que mantener una escucha activa y preguntarles para clarificar los objetivos que anhelan.

Por ultimo no debemos tenerles aprensión, entienden más cosas de las que parece.

TRATO CON PACIENTES EXTRANJEROS

En este punto con estos pacientes se deben tener en cuenta las dificultades de expresión y comprensión debido al idioma, para ello se deberá hablar con moderación, pausadamente correctamente.

Hay que tener en cuenta que sus costumbres educación y cultura son distintas por esta debemos asimilar las especiales circunstancias que pueden presentar como por ejemplo su vestuario.

Debemos ser exhaustivos a la hora de dar instrucciones o información importante y asegurarnos de que lo han comprendido correctamente, si se hace entrega de documentación escrita detallar la información que contiene.

5 Discusión-Conclusión

Si tomamos en consideración todas estas pautas de comportamiento en nuestro trabajo en equipo como celadores con pacientes con discapacidad, geriátricos, de quirófano y extranjeros, nuestra comunicación y en definitiva nuestro quehacer diario en nuestras tareas como celadores mejorara notablemente.

No olvidemos nunca que somos un equipo, pertenecemos a una gran plantilla humana y como tal debemos trabajar juntos y tener en cuenta que cierto tipo de pacientes requieren de una mayor empatía, paciencia y comprensión para lograr una estancia del paciente que sea confortable y se sienta seguro, de esta manera el trabajo para nosotros como profesionales será más fácil.

6 Bibliografía

1. Pacientes en unidades especiales. Disponible en: Real decreto 1790/2011 de 16 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. Unidad de competencia 3: trasladar y colaborar en la movilización e inmovilización de los pacientes en unidades especiales, bajo supervisión del personal responsable.
2. Tratamiento con pacientes con discapacidades y extranjeros. Disponible en: [www/temariosenpdf.es](http://www.temariosenpdf.es)
3. Tratamiento con pacientes geriátricos, fallecidos o de quirófano. Disponible en: [file:///C:/Users/Raul/Downloads/1celj%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Raul/Downloads/1celj%20(1).pdf)

Capítulo 392

LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL TELEFONISTA CON USUARIOS DISCAPACITADOS

MARIA DEL CARMEN ALONSO ROMERO

MAGDALENA SALAZAR CANO

MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ

1 Introducción

Por discapacidad la entendemos como limitación que tiene una persona en sus sentidos o cuerpo a la hora de realizar una tarea cotidiana en su día a día.

Actualmente en España hay cerca de 4 millones de personas con discapacidad, de las cuales mayor cantidad son mujeres .la probabilidades de poder tener una discapacidad suelen aumentar con la edad .

Las principales discapacidades o las mas comunes por así decirlo serían; visuales, auditivas y motoras.

Aunque podríamos enumerar otras discapacidades como la física , la intelectual, la mental ,multiple, sensorial etc.

El trato hacia las personas que sufre una discapacidad debe ser exactamente igual que con cualquier otra , hablarle con respeto , mirarle a la cara dirigiéndote a él no al acompañante , usar un tono de voz normal , evitar prejuicios y la sobreproteccion .

Aunque hoy día aún nos queda mucho camino por recorrer en materia de trato y tratamiento hacia personas con discapacidad, sí que es verdad que se lucha mucho por sus derechos y por su inclusión en la vida diaria , cosa lógica y normal.

En nuestro capítulo de investigación abordaremos el tema de como un telefonista que trabaja para el sector sanitario debe dirigirse , comunicarse o relacionarse con persona que sufren algún tipo de discapacidad, el lenguaje mediante el teléfono será fundamental , pero no solo ya el lenguaje que utilicen, sino las formas y el trato que este personal ofrezca o muestre hacia este tipo de personas cuya discapacidad les cause cualquier tipo de limitación.

2 Objetivos

Los principales objetivos de la comunicación con un usuario con algún tipo de discapacidad serían:

- Conocer los tipos de deficiencias o discapacidades que puede sufrir una persona, para así poder :
- Intentar mejorar la calidad de la comunicación con este tipo de usuario, independientemente de su discapacidad.

3 Metodología

Para la realización de nuestro capítulo hemos estado estudiando e indagando en diferentes sitios webs así como en manuales y libros dedicados exclusivamente al telefonista y sobre todo a la comunicación.

También hemos sacado mas información del tema de algunas asociaciones que trabajan con personas discapacitadas .

Por último hemos usado el buscador Google académico.

4 Resultados

En la atención telefónica es vital mantener una conversación y usar un lenguaje oral para poder comunicarse, por lo que no sería un impedimento para una persona con discapacidad, excepto para aquellas que no puedan oír o hablar.

Conocer la discapacidad que tiene el receptor o emisor de una llamada, puede ser muy beneficiosa para que el telefonista pueda adoptar medidas para poder comunicarse con este de una mejor manera o mas fluida y dicha llamada pueda realizarse en mejores condiciones para que el resultado final sea el esperado tanto por uno como por otro.

A Continuación veamos cuáles podrían ser algunas discapacidades que podrían mermar la comunicación , pero no llegar a imposibilitarla, ya que aún con estas

discapacidades la comunicación podría llegar a ser plena y satisfactoria:

- discapacidad visual: puede ser una persona con ceguera total , o con una pérdida de visión bastante notable .
- Discapacidad auditiva: sería la pérdida total o parcial del sentido del oído
- discapacidad en el habla: se refiere a la capacidad de una persona de usar la voz de modo inteligible ,podría influir en el habla en sentido general o en la fluidez o volumen.
- discapacidad de comprensión de lenguaje: en una conversación telefónica esta persona podría mostrar problemas de entendimiento del mensaje y de poder seguir la comunicación como tal.
- discapacidad intelectual: este tipo de persona que sufren dicha discapacidad podrían presentar problemas motrices, cognitivos, sensoriales, de entendimiento de comprensión etc. y de diversos grados
- Otras discapacidades: podrían ser las de dificultad para moverse, las de comprensión, las de relacionarse etc.

El telefonista tiene que ser una persona comprometida socialmente y mostrar su mejor reacción y utilizar un lenguaje de actuación conforme a la persona con discapacidad con el que se comunique.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo de investigación hemos podido informarnos y conocer sobre los diferentes tipos de discapacidad que puede presentar un usuario ante la atención telefónica.

También hemos presentado al personal telefonista como un trabajador comprometido. El cual podrá comunicarse con cualquier persona que necesite de sus servicios.

Ha sido muy grato tratar este tema en concreto para poder darle cada vez mas voz y conocimiento a las personas que pueden sufrir cualquier tipo de discapacidad, pues nadie está exento de poder sufrir una discapacidad, y tenemos que ser conscientes y consecuentes con este tema, pues todos somos iguales y todos merecemos ser tratados igual al igual que merecemos las mismas oportunidades para cualquier ámbito de la vida.

Un buen trato del telefonista hacia una persona con discapacidad es un avance mas en la sociedad actual .

6 Bibliografía

www.ayuntamientoalbacete.es

www.movistar.es

www.sunrisemedical.es

www.revistamedica.com

manual básico del telefonista

Google académico

Capítulo 393

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL. GESTIÓN Y LA CONFIDENCIALIDAD.

SONIA PARRILLA ARENAS

MARIA ISABEL GARCIA MARTINEZ

MARÍA PILAR MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

MANUEL VEGAS RAMOS

ISABEL CATALINA LOPEZ VIEDMA

1 Introducción

A continuación, se especifican algunas de las funciones que realiza un auxiliar administrativo en el servicio de urgencias de un hospital. El auxiliar administrativo, normalmente y siempre que la gravedad lo haga posible, será el encargado de atender al paciente en recepción cuando este llegue al hospital. Deberá recoger sus datos personales (nombre, fecha de nacimiento, dirección, síntomas...) para identificarlo de forma correcta. La finalidad es ofrecer el apoyo administrativo que se necesita, así como llevar una buena organización, gestión, planificación y programación de la asistencia.

Urgencias, es una unidad de asistencia para la atención de pacientes con problemas de diferente etiología y con una gravedad variable y se caracteriza por

una necesidad de atención inmediata, donde el médico coordinador de urgencias será el responsable. La distribución de este servicio se basa en la operatividad y la funcionalidad.

Una de las áreas que se encuentra tanto en el hospital como en los centros de salud, es este servicio, es el servicio de urgencias y suele estar ubicado cerca de la puerta de acceso o bien puede tener su propia entrada, diferenciándose de forma clara, con el objetivo de facilitarle el acceso a los pacientes que necesitan ser atendidos de forma inmediata.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la funciones del auxiliar administrativo en el servicio de Urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según la Orden de 28 de Mayo de 1984, por la que se modifican determinados artículos del estatuto de personal no sanitario de las instituciones sanitarias de la seguridad social, en las que se regula la función administrativa en las instituciones sanitarias de la seguridad social, y aunque en el estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud (ley 55/2003 de 16 de diciembre) se deroga esa normativa, su disposición derogatoria sexta indica que se mantendrá vigentes, por lo que entre otras, se detallan las siguientes funciones del auxiliar administrativo:

- Registrar pacientes.
- Derivarlos a la zona de triaje para después su respectiva clasificación.
- Avisar a las ambulancias.
- Cumplimentar la documentación necesaria.
- Gestionar reclamaciones, quejas, sugerencias.

Además, en lo que se refiere a la formación es esencial estar actualizado y se resalta la importancia de realizar simulacros, con diferentes situaciones que se pueden presentar con el paciente de urgencias, para preparar y concienciar de las acciones más convenientes que se deben llevar a cabo con el fin de afrontar situaciones de emergencia de manera adecuada.

Para finalizar, es indispensable que se mantenga la ley de protección de datos y la confidencialidad acerca de la información sanitaria, debido a que es el auxiliar administrativo el que tiene acceso a la información personal del paciente, siendo él quien archiva, codifica y rescata sus historias. Se debe tener en cuenta que estos datos solo se pueden utilizar con otros fines siempre y cuando el paciente esté al tanto y dé su consentimiento. La confidencialidad es un derecho que tienen los ciudadanos, así como un deber para el administrativo de la salud, por lo que este debe ser responsable y estar formado al respecto.

5 Discusión-Conclusión

Observando las funciones del auxiliar administrativo con el paciente de urgencias, es evidente que la primera toma de contacto que tengan entre ellos es importante, por lo que, es esencial que este personal muestre respeto, empatía y este bien formado a la hora de atender al público y el tratamiento de datos. Además de la formación, también es importante que tengan los medios necesarios para poder desempeñar sus funciones adecuadamente, entre otras, recopilación básica de información del paciente, asignación, número de expediente, motivo de la visita a este servicio. Así como realizar encuestas de satisfacción para ver qué es necesario mejorar.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-laborales-administrativo-urgencias/>.
2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-auxiliar-administrativo-en-el-servicio-de-urgencia/>.
3. <https://revistamedica.com/confidencialidad-auxiliar-administrativo-sanidad/>.
4. <https://congresosicepa.com/funciones-auxiliar-administrativo-servicio-admision/>.
5. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-auxiliar-administrativo-en-el-servicio-de-urgencia/>.
6. <https://www.euroinnova.edu.es/blog/funciones-del-auxiliar-administrativo>.

Capítulo 394

RIESGOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL CENTRO SANITARIO QUE DESARROLLA SUS FUNCIONES EN UNA OFICINA

MARIA LUISA LARA MUÑOZ

ROSARIO LUJÁN CRESPO

MARIA DOLORES HURTADO MOYA

ISABEL ARNEDO ALCAUT

ROSARIO MORENO GALLETERO

1 Introducción

Los accidentes laborales son lesiones físicas o psíquicas que el trabajador puede sufrir como consecuencia de la realización de las funciones o tareas propias de su trabajo. Aunque cada vez se trabaja más en su prevención, y en desarrollar ambientes de trabajo que sean más beneficiosos para el trabajador, ya que han aumentado mucho los accidentes de trabajo y las enfermedades relacionadas con el trabajo.

El trabajo en oficina, que es el tema que nos trata, con respecto a riesgos laborales, es considerado un trabajo seguro, pero donde también ocurren accidentes, aunque sea en menor medida. Los accidentes que ocurren en oficinas no suelen

ser graves, pueden ser por caídas, por golpes con el mobiliario o el mal uso de las máquinas que se tienen, pero hay que estudiarlos y tratar la prevención de los mismos.

Hoy en día en todas las oficinas nos encontramos con ordenadores, los cuales son utilizados durante la mayor parte de la jornada laboral. Por lo tanto, este es un riesgo que debemos añadir, los problemas que pueden originarse debido a su uso, como pueden ser problemas visuales. También tenemos que tener en cuenta las condiciones ergonómicas más adecuadas para el auxiliar administrativo en el centro de salud o en el centro hospitalario.

2 Objetivos

Conocer los distintos riesgos laborales a los que se expone el auxiliar administrativo en el centro sanitario o centro hospitalario desarrollando sus funciones en una oficina.

3 Metodología

Para profundizar en este trabajo se ha llevado a cabo un estudio que incluye una revisión bibliográfica exhaustiva del cuerpo de literatura científica actual. Las bases de datos primarias, Pubmed, Medline y Scielo, también se han utilizado para consultar artículos y realizar una búsqueda sistemática de libros, con el objetivo de identificar artículos científicos de publicaciones académicas examinadas.

4 Resultados

Los principales riesgos a los que están expuestos los trabajadores que desarrollan su actividad en oficinas como es el caso del auxiliar administrativo en el centro sanitario son:

1. Caídas al mismo nivel y golpes contra el mobiliario de la propia oficina.
 - Tropezones con cables que puedan no estar correctamente recogido o guardados.
 - Golpes con el propio mobiliario de la oficina, ya sean cajones o estanterías..., con cajas que se encuentran en lugares que no deberían estar, interrumpiendo el paso, oficina demasiado estrecha que no deja espacio para la libre movilidad.
 - Resbalones a causa de suelos mojados, etc.
2. Posturas y movimientos mal adoptados o ergonomía deficiente.

Movimientos repetitivos, incorrecta postura al estar sentados, son muy habituales.

Al permanecer durante un largo periodo sentado podemos presentar problemas no solo en la circulación sanguínea, podemos encontrarnos con problemas musculares. La mala postura por parte del trabajador durante un periodo largo de tiempo puede llevar a problemas de espalda, sobre todo lumbares o cervicales.

El uso del ordenador y del ratón del mismo nos lleva a movimientos repetidos, estos, con el paso del tiempo puede llevar a problemas de túnel carpiano.

3. Manipulación manual de cargas.

Los auxiliares administrativos en el ámbito sanitario en algunos momentos deben manejar pesos como: cajas de folios, carpetas o archivadores llenos de papel, mobiliario de oficina, etc. No es lo más habitual, pero se puede dar el caso. Al no estar preparado para ello puede dar lugar a problemas de espalda.

4. Fatiga visual. La mayor parte del turno laboral, el auxiliar administrativo lo pasa frente a la pantalla del ordenador, esto puede acarrear problemas visuales.

Las causas principales de la fatiga visual son:

- El contraste y el brillo de cualquier dispositivo de visualización de datos, mal ajustados, sobre todo el ordenador ya que es el que más se utiliza.
- Deficiente o incorrecta iluminación en la oficina. También puede darse que haya suficiente luz pero no esté en buena posición.
- Reflejos sobre la pantalla de nuestro ordenador.

5. Riesgo acústico. La percepción de la información del entorno del trabajador puede verse dificultada por uno de los principales contaminantes físicos que es el ruido. El ruido se puede definir como un sonido no deseado por el que lo está escuchando. Se considera no deseado porque es molesto, impide que escuchemos lo que realmente necesitamos y es desfavorable a nivel fisiológico.

6. Temperatura. La temperatura óptima en verano sería 23-26° y en invierno 20-24°.

7. Calidad del aire de la oficina. Una mala calidad del aire de nuestra oficina puede producir Irritación de ojos, nariz y garganta.

8. Factores psicosociales.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del auxiliar administrativo en la oficina, en principio, no conlleva grandes riesgos laborales, cuando algo sucede, normalmente no suele ser de gravedad, lo más común son tropiezos con cables mal recogidos, golpes con el propio mobiliario de la oficina, caídas por estar el suelo mojado. Lo habitual es

que no produzcan accidentes graves, pero sí que se producen, con lo que se debe investigar y valorar el motivo de que se dan estos accidentes laborales y trabajar en la prevención de los mismos. Lo conveniente es realizar un curso de riesgos laborales donde se expliquen los riesgos más posibles para el lugar de trabajo, además de las medidas preventivas para evitarlos.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo (B.O.E. de 23 abril) y Guía Técnica del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
2. <https://mtas.es/insht/legislation/index.htm>
3. <https://mityc.es/es-Es/servicios/Legislacion>
4. <http://ergodep.ibv.org/>

Capítulo 395

EL CONFLICTO LABORAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO

MARIA LUISA LARA MUÑOZ

ROSARIO LUJÁN CRESPO

MARIA DOLORES HURTADO MOYA

ISABEL ARNEDO ALCAUT

ROSARIO MORENO GALLETERO

1 Introducción

La resolución de conflictos, también conocida como "regulación de conflictos" o "transformación de conflictos", " es el conjunto de conocimientos y habilidades puestas en práctica para comprender e intervenir en la resolución pacífica y no violenta de los enfrentamientos entre dos o más personas".

De la misma fuente, anteriormente citada, apuntamos la denominación de conflicto como "todo tipo de enfrentamiento entre dos o más personas cuya principal característica es la oposición entre ambas partes, de tal modo que, aparentemente, el triunfo de una implica la aniquilación de la otra. En la actualidad se acepta que los conflictos son de naturaleza humana, distinguiéndose entre el conflicto interno, que afecta a un solo individuo en referencia a la elección de opciones, y

el conflicto externo entre dos o más personas, llamadas genéricamente adversarios”.

El auxiliar administrativo, tanto en el trato con el paciente como con sus propios compañero y/o superiores, puede verse involucrado en diversos conflictos, en muchas ocasiones son inevitables. Los conflictos no siempre son malos, muchas veces se aprende de ellos. Pero sí que es importante que sepa gestionar sus emociones, además, debe aprender y poner en práctica tanto técnicas de resolución de conflictos como técnicas en habilidades sociales y comunicativas, le ayudará en muchas ocasiones a que no llegue a producirse el conflicto, y en muchas ocasiones a resolverlo con beneficio para ambas partes.

2 Objetivos

- Identificar qué es un conflicto y qué es un conflicto laboral.
- Conocer los distintos tipos de conflictos laborales para conseguir su buena resolución.

3 Metodología

Para profundizar en este trabajo se ha llevado a cabo un estudio que incluye una revisión bibliográfica exhaustiva del cuerpo de literatura científica actual. Las bases de datos primarias, Pubmed, Medline y Scielo, también se han utilizado para consultar artículos y realizar una búsqueda sistemática de libros, con el objetivo de identificar artículos científicos de publicaciones académicas examinadas.

4 Resultados

En las relaciones entre dos o más personas es muy habitual que se den situaciones o momentos que no nos gusten, que se produzcan conflictos entre esas personas. Hay que aclarar que los conflictos no tienen porque ser desfavorables o malos y, muy importante, la definición de conflicto no lleva implícita la palabra agresión, los conflictos siempre deben resolverse con el diálogo. A todos aquellos conflictos que se dan en el ámbito de trabajo, se conocen como conflictos laborales.

Los conflictos que se dan en el ámbito del trabajo pueden deberse a malos entendidos, a falta de comunicación o a desinformación, a falta de conocimientos. Los conflictos en el trabajo son comunes, pero pueden acarrear consecuencias más graves tanto entre las personas que han llegado a él como en el ambiente laboral

o problemas para la empresa en la que se trabaja, como puede ser la disminución en la productividad, mal ambiente de trabajo y por tanto personal desmotivado. Los conflictos en el ámbito de trabajo se pueden generar a partir de muchas causas o factores, mala información o información no contrastada, desinterés por parte del miembros del grupo, distintas opiniones entre los trabajadores respecto a un tema, metas de trabajo inalcanzables, creencia de no pertenencia al grupo, son muy diversas las razones que pueden llegar a producir ese conflicto.

Podemos distinguir distintos tipos de conflictos laborales:

- Conflicto intrapersonal: Se genera en el interior de una persona a causa de sus valores, contradictorios en este caso.
- Conflicto interpersonal: En este conflicto intervienen varias personas, pueden ser dos o mas, y se suele producir entre empleados y superiores o con los mismos compañeros de equipo.
- Conflicto intragrupal: Se produce dentro de un mismo grupo. Este tipo de conflicto es el más común.
- Conflicto intergrupar: Sucede entre distintos grupos de la misma empresa, puede ser entre distintos equipos, entre distintos grupos de enfermeros, entre médicos y enfermeros, etc.
- Conflicto interorganizacional: Se da entre dos o más organizaciones que pertenecen al mismo sector, lo más común es que se den debido a la competencia que existe entre ellas.
- Conflicto contingente: Se trata de un conflicto de poca envergadura que puede solucionarse fácilmente
- Conflicto desplazado: Ocurre cuando se niega la existencia de ese conflicto.
- Conflicto mal atribuido: Las personas que tienen el conflicto ni se han dado cuenta de su existencia.

Según su resultado:

- Conflicto constructivo: Es el conflicto que se resuelve de forma favorable para las dos partes.
- Conflicto destructivo: En este caso no se llega a solucionar el conflicto.

Algunas de las habilidades sociales que no ayudarán en la gestión y resolución de los conflictos laborales son:

- Asertividad, nos ayudará a encontrar una solución que sea buena para las dos partes.
- Empatía, nos ayuda a ponernos en el lugar de la otra parte, poder entender mejor sus pensamientos y poder alcanzar más fácilmente una buena solución.
- Comunicación, necesaria en todo conflicto una buena comunicación.

5 Discusión-Conclusión

Las técnicas de resolución de conflictos nos ayudan a manejar la situación cuando el conflicto ya está presente. En el ámbito laboral, las técnicas de resolución de conflictos, su buen entendimiento y correcto manejo es fundamental para asegurar el buen ambiente laboral, el cumplimiento de los objetivos y metas del equipo de trabajo.

La asertividad, la empatía y la buena comunicación, las habilidades sociales ayudan a la no generación de los conflictos, pero además, son imprescindibles para la resolución una vez que el conflicto ya está instaurado.

Un buen ambiente laboral, elegir a las personas adecuadas para formar el equipo de trabajo es parte fundamental para la reducción de los conflictos laborales.

6 Bibliografía

1. www.consumoteca.com
2. www.revistamedica.com
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Capítulo 396

LA ACOGIDA DEL PACIENTE Y LA HUMANIZACIÓN DE LA SANIDAD POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA LUISA LARA MUÑOZ

MARIA DOLORES HURTADO MOYA

ISABEL ARNEDO ALCAUT

ROSARIO MORENO GALLETERO

ROSARIO LUJÁN CRESPO

1 Introducción

Es época de muchos cambios, de muchos avances en sanidad, y lo que es indudable es que se ha avanzado mucho en la detección de las enfermedades, en los diagnósticos, tratamientos mucho más concretos y eficaces. Los avances científicos y tecnológicos ayudan a potenciar el mejoramiento de la salud, sin embargo, el número de problemas éticos, legales y sociales respecto a la relación médico-paciente, aumenta. La incorporación sistemática de la tecnología ha traído que la relación entre el paciente y el sistema sanitario sea más impersonal, ya no se tratan pacientes, se tratan diagnósticos, enfermedades, tratamientos.

Por otra parte, los avances científico-tecnológicos tienden a potenciar el mejoramiento de la salud, por otra, el número de problemas éticos, legales y sociales respecto de la relación médico-paciente, aumenta. La incorporación sistemática de la tecnología ha generado la mediatización de la relación, tornándola más impersonal.

En los sistemas sanitarios, tanto públicos como privados, se observa una forma de trabajo que exige rendimiento, eficiencia económica y optimización de recursos. De este modo, el personal del centro sanitario se ve forzado a atender o asistir a un número de pacientes mayor que el que las buenas prácticas médicas recomendarían. Los pacientes, transformados en usuarios, no pueden ejercer libremente su derecho de elegir a un profesional que los atienda, sino que deben aceptar a aquel que aparece contratado, no saben ni siquiera si será el mismo profesional quien los recibirá en la siguiente consulta.

2 Objetivos

Conocer las labores y funciones del auxiliar administrativo en el proceso de acogida a los pacientes, resaltando a importancia de tratar de humanizarlas para mejorar la calidad del paciente en nuestro centro sanitario.

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

4 Resultados

El personal del servicio de admisión es el encargado de gestionar los ingresos hospitalarios, la asignación de camas, la programación de consultas, la tramitación de solicitudes de libre elección o de segunda opinión, así como emitir justificantes de asistencia, entre otras muchas tareas más.

En el momento del ingreso y durante su estancia, el auxiliar administrativo del servicio de admisión le solicitará al paciente y/o sus familiares una serie de datos,

tanto datos personales como médicos, que se tratarán a través de diferentes procesos informáticos, según la normativa vigente y la ley de prevención de datos.

La información que nos facilite será tratada de forma confidencial. Solo accederán a la información recogida en su historia clínica los profesionales que estén relacionados con su proceso y los estrictamente necesarios, estando obligados al deber de secreto. Para cumplir con la legislación vigente sobre protección de datos, es necesario que el paciente haga constar su consentimiento expreso para facilitar información sobre su ubicación y estancia. También está en su derecho de revocar este consentimiento y no poder dar esa información a nadie.

Todo lo anteriormente mencionado hace referencia a la labor que hace un auxiliar administrativo en el servicio de admisión ante la llegada de un paciente. Pero, para humanizar la sanidad desde nuestra pequeña parcela, se puede hacer mucho más. El paciente y sus familiares valorarán en gran medida lo eficaz que hayamos sido en resolver su problema, la accesibilidad al centro sanitario, el que se les haya informado de todo y en todo momento, que no se hayan sentido un objeto, una enfermedad, sino una persona, pero sobre todo va a valorar la aptitud del personal y el trato humano recibido. Valores que cada vez se priorizan, por todas las personas, todas las personas que reciben un servicio, pero, al tratarse de sanidad, esto toma mayor relevancia, se le da más importancia.

Lo que se busca a la hora de humanizar la sanidad es:

- Atención centrada en la persona, individualizada.
- Calidad en el trato.
- Información accesible en todo momento y buena comunicación.
- Seguridad y confianza.
- Continuidad en la atención.
- Personalización en la atención, inmejorable relación personal-paciente.

5 Discusión-Conclusión

García Cabeza, María Eugenia, en su artículo publicado en www.enfermeria21.com

dice: “En el contexto sanitario, el concepto de humanización hace referencia al abordaje integral de la persona, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual. Humanizar la asistencia significa hacerla digna del ser humano y coherente, por tanto, con los valores que él siente como peculiares

e inalienables”. Define perfectamente lo que es la humanización en el sector sanitario.

Por otra parte, se tiene que ser fiel a la frase ”para cuidar tienes que cuidarte”, se podría añadir y que te cuiden. Los profesionales de la sanidad, sean sanitarios o no, deben ser cuidados por las instituciones, ya que ello conlleva a que sea un personal más motivado, con más ganas de ejercer su profesión de la mejor forma que sabe, y no dejar que pierdan esa vocación con la que decidieron formar parte del sector sanitario.

6 Bibliografía

1. <https://www.quironsalud.es/san-jose/es/pacientes-visitantes/informacionpractica.ficheros/705182.2.Guia%20Acogida%20Paciente%20SAN%20JOSE%2015x2>
2. <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/pediatrica/documentacion>
3. “Otro aspecto de la humanización asistencial”. Doctor Jacinto Bátiz Cantera, de la revista www.actasanitaria.com.
4. “Humanización del cuidado, vivencias, experiencias y percepciones de personas con enfermedades crónicas en un área sanitaria de la provincia de Sevilla”. García Cabeza, M.E. 2017.

Capítulo 397

EL CELADOR EN HOSPITALIZACIÓN. CONTROL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

CARLOS ANDRÉS ESPINOZA GONZALEZ

MANUEL SANTIAGO SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-
GIL

CARLOS TORRES ATIENZA

JAVIER GUTIÉRREZ VELASCO

VÍCTOR DEL RIO MONTES

1 Introducción

Para comprender mejor el tema a tratar, definiremos una serie de términos a modo de introducción sobre los que se desarrollará en este capítulo:

- La epidemiología de las enfermedades infecciosas. Ciencia que investiga los elementos que impactan, la frecuencia y amplitud de su aparición en una población.
- Enfermedades transmisibles: Son aquellas en las que la enfermedad es causada por un agente causal vivo, distinto y exógeno que es capaz de propagarse de una persona, animal o ambiente infectado a un individuo susceptible.
- Una infección: la introducción de un microbio o agente infeccioso que inicia una

relación con el parásito en un huésped, lo que da como resultado una reacción orgánica en él.

- Una enfermedad contagiosa: cuando el agente microbiano o parasitario altera el equilibrio que supone el estado de salud y comienzan a aparecer manifestaciones clínicas sintomáticas.
- La enfermedad que se está propagando: cualquier intercambio de mensajes entre un patógeno vivo y una persona propensa a enfermarse.
- Infección sin enfermedad. Cuando no hay síntomas, la enfermedad pasa desapercibida.

Tras la pandemia de Covid-19, tanto la comprensión de la sociedad sobre este tipo de patología como las actitudes del personal médico y no médico que trabaja en hospitales y centros de salud han cambiado de forma notable.

2 Objetivos

-Enumera las distintas medidas preventivas llevadas a cabo para evitar o reducir la transmisión de enfermedades infecciosas.

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. Palabras claves: personal sanitario, personal no sanitario, prevención, control, infecciones,.

4 Resultados

Se va a proceder a enumerar una serie de definiciones de profilaxis y prevención:

-Prevención: Conjunto de actuaciones que tienen como objetivo principal prevenir la aparición de la enfermedad y sus efectos.

Se crean acciones para evitar o minimizar al máximo la cadena epidemiológica en la prevención de enfermedades transmisibles.

Intentando detener su aparición y futura propagación.

El término "profilaxis de exposición" se refiere a las medidas preventivas utilizadas en relación con el agente etiológico, la fuente de infección y los mecanismos de transmisión. Esta prevención se considera secundaria.

Profilaxis de eliminación: son medidas de precaución que se aplican al huésped para aumentar su resistencia a la infección. Esta defensa se considera fundamental.

Se explicarán las diferentes medidas de prevención, con más detalle:

1. Principales medidas de prevención sobre la fuente de infección.

- Diagnóstico y tratamiento precoz.
- Encuesta epidemiológica. - Ficha epidemiológica. - Declaración obligatoria. - Aislamiento, vigilancia y cuarentena. - Desinfección y desparasitación. - Educación sanitaria.

2. Principales medidas de prevención sobre los mecanismos de transmisión:

- Saneamientos específicos: Desinfección. Destrucción de los microorganismos patógenos, evitando su transmisión.

Desinsectación. Procedimientos mecánicos, físicos y/o químicos utilizados para destruir los insectos que puedan ser perjudiciales para la salud.

Desratización. Eliminación de roedores.

- Saneamientos generales. Son aquellas medidas que se llevan a cabo sobre abastecimientos de agua potable, depuración, eliminación de aguas residuales, control y eliminación de basuras, e higiene de edificios públicos.

3. Principales medidas de prevención sobre la persona considerada susceptible.

- Inmunización: para proteger a la persona de los efectos perjudiciales. Pudiendo ser una inmunización activa (sin efecto inmediato, de larga duración y asociada a una respuesta inmunitaria) o pasiva (efecto inmediato, de corta duración, y no se encuentra asociada a la respuesta inmunitaria).
- Educación sanitaria de la población. Enseñando a la población los hábitos, sanitarios, alimentarios, higiénicos y de descanso.
- Quimioprofilaxis: administrando sustancias químicas.

5 Discusión-Conclusión

Los tipos de transmisión del agente pueden ser de manera directa o indirecta. Para garantizar la seguridad de los pacientes y de los profesionales de la salud,

cuando se sabe que un paciente es contagioso, debe separarse de los demás pacientes. El remedio debe ser completo tanto clínica como microbiológicamente. El primer paso es determinar el tipo de aislamiento en la puerta de la habitación.

En este capítulo se ha intentado aclarar la distinción entre infección y transmisión de una enfermedad. Como se enumeró con anterioridad en este artículo, existen numerosas medidas preventivas que podemos tomar para detener o disminuir la propagación de enfermedades.

Estas medidas preventivas se dividen en distintos grupos según el agente contra el que se utilizan. Estos elementos son la fuente de la infección, el medio de transmisión y el individuo susceptible.

Las evidencias que se enumeraron anteriormente en este capítulo revelaron una serie de definiciones relacionadas con las enfermedades infecciosas y su epidemiología potencial

6 Bibliografía

- https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-ante-el-paciente-infeccioso/?utm_content=cmp-true
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 398

EL ROL VITAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE PACIENTES EN EL DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN HOSPITALARIA

PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA

LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO

YOLANDA JIMENEZ CARMONA

VERÓNICA MURILLO BEJARANO

ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO

1 Introducción

La gestión de pacientes en el departamento de admisión hospitalaria es de suma importancia por diversas razones clave. Un proceso de admisión eficiente y preciso asegura que se recopilen y registren correctamente los datos del paciente. Esto incluye información médica, de contacto, de seguro y cualquier otra información relevante. La documentación precisa es esencial para brindar atención médica adecuada y para fines de facturación y cumplimiento legal.

La admisión hospitalaria implica la asignación de camas, habitaciones y recursos médicos necesarios para los pacientes. Una gestión efectiva garantiza que los pacientes sean ubicados en las áreas apropiadas de acuerdo con sus necesidades

clínicas, lo que facilita una atención médica oportuna y adecuada. Un buen sistema de gestión de pacientes en el departamento de admisión ayuda a evitar la sobre repoblación en las áreas de atención médica y a optimizar la utilización de camas y recursos, lo que a su vez mejora la eficiencia operativa del hospital (1). Además, la gestión adecuada de la admisión reduce la probabilidad de errores relacionados con la identificación del paciente, la administración de medicamentos y otros aspectos críticos de la atención médica. Esto contribuye a la seguridad del paciente y la prevención de incidentes adversos. Los hospitales están sujetos a regulaciones y normativas estrictas en cuanto a la admisión y atención de pacientes. Una gestión adecuada garantiza que el hospital cumpla con todas las regulaciones, incluyendo las relacionadas con la privacidad de la información médica (como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud o HIPAA en los Estados Unidos).

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 rol del auxiliar administrativo en el departamento de admisión hospitalaria es fundamental para garantizar una gestión eficiente y efectiva de los pacientes que ingresan al hospital. Los auxiliares administrativos suelen ser la primera persona que un paciente o su familia encuentran al llegar al hospital. Deben recibir a los pacientes de manera amable y profesional, recopilando información básica como el nombre, la dirección, la información de contacto y los datos de seguro médico. También verifican la documentación necesaria, como tarjetas de seguro médico,

identificación personal y cualquier otra información relevante. Esto garantiza que la facturación y el registro de los pacientes se realicen correctamente.

En hospitales con admisión directa, los auxiliares administrativos asignan camas o habitaciones a los pacientes de acuerdo con la disponibilidad y las necesidades médicas. Esto requiere coordinación con el personal de enfermería y la unidad de admisiones. Además, ingresan la información del paciente en el sistema de registro hospitalario. Esto incluye la creación de un expediente médico electrónico, donde se registran los datos clínicos, las prescripciones y los procedimientos médicos. Y es que los auxiliares administrativos trabajan en estrecha colaboración con otros departamentos del hospital, como el de facturación, el de enfermería y el de médicos, para asegurarse de que la atención al paciente se realice de manera fluida. También proporcionan información básica sobre las políticas y procedimientos del hospital, los horarios de visitas, la ubicación de las instalaciones, etc. Ayudan a los pacientes y sus familias a sentirse cómodos y orientados en el entorno hospitalario (2).

A menudo, los auxiliares administrativos se encargan de la facturación de los servicios médicos prestados a los pacientes. Esto puede incluir la verificación de la cobertura del seguro, la elaboración de facturas y la coordinación con los departamentos de facturación y seguros. Los auxiliares administrativos pueden ser responsables de resolver problemas relacionados con la admisión de pacientes, como disputas de facturación o problemas con la documentación. Mantienen la confidencialidad de la información del paciente de acuerdo con las regulaciones de privacidad de la salud, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) (3).

La comunicación es clave en este rol. Los auxiliares administrativos deben comunicarse de manera efectiva con pacientes, familiares, personal médico y otros departamentos para garantizar una atención de calidad y una experiencia satisfactoria para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del auxiliar administrativo en la gestión de pacientes en el departamento de admisión hospitalaria es esencial para el funcionamiento efectivo y seguro de un hospital. Estos profesionales desempeñan una serie de responsabilidades cruciales que van desde la recepción y registro de pacientes hasta la coordinación de la atención y la facturación precisa. Su papel es fundamental en la recopilación y documentación precisa de información del paciente, la asignación adecuada de recursos, la garantía de la eficiencia operativa y la mejora de

la experiencia del paciente.

Los auxiliares administrativos también desempeñan un papel importante en el cumplimiento de las regulaciones y normativas de salud, como la protección de la privacidad de la información médica. Su capacidad para comunicarse de manera efectiva con pacientes, familias y otros departamentos hospitalarios es esencial para garantizar una atención médica segura y de calidad.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/#::text=Actividad%20Quir%C3%BArgica-,El%20auxiliar%20administrativo%20como%20parte%20del%20Servicio%20de%20Admisi%C3%B3n%20y,con%20el%20fin%20de%20agilizar>
2. <https://revistamedica.com/funciones-laborales-administrativo-urgencias/>
3. <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario>

Capítulo 399

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE REANIMACIÓN DE PACIENTES

MARÍA DOLORES GARCÍA GALAFATE

ALFONSO JOSE ROMERO GALAFATE

PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ MERINO

GEMA SORIA LOZANO

MARIA DEL MAR GILABERT CÁMARA

1 Introducción

Se define al área de reanimación como la sala donde son trasladados los pacientes recién intervenidos para que un equipo profesional integrado por: enfermería, técnico en cuidados auxiliares de enfermería y celador, controle su recuperación y evolución tras la intervención, así como para realizar cualquier tipo de asistencia que necesite el paciente.

El área de recuperación se puede conocer también como URPA (unidad de reanimación post- anestésica) o UCPA (unidad de cuidados post— anestésicos). Esta área se encuentra ubicada dentro de la unidad quirúrgica, anexa a los quirófanos. En el área de reanimación son ingresados todos los pacientes que han sido intervenidos, independientemente del tipo de intervención y del estado de salud del

paciente. Es por ello, por lo que estas áreas deben de disponer del mobiliario y aparataje necesario por si se produce una urgencia en el área.

Una vez los pacientes han sido dados de alta del bloque quirúrgico, el celador será el encargado de trasladar a los pacientes a su lugar de origen, o si el paciente ha sufrido algún problema durante la intervención o se encuentra en un estado de salud delicado, será trasladado a la unidad de cuidados intensivos del centro hospitalario para recibir las atenciones médico— sanitarias necesarias.

2 Objetivos

- Conocer la definición del área de reanimación de la unidad quirúrgica.
- Detallar las funciones realizadas por los celadores dentro de la unidad de reanimación post- anestésica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como se ha mencionado anteriormente, la unidad de reanimación post-anestésica debe estar equipada por los aparatos y mobiliario necesarios ante una emergencia para atender al paciente en las mejores condiciones posibles.

Forma parte del mobiliario y aparataje:

- Camas hospitalarias con sistema mecánico para colocar la cama en la posición que requiera el estado de salud del paciente.
- Toma central de oxígeno.
- Toma de aspiración.
- Monitores para monitorizar las constantes vitales de los pacientes una vez han sido intervenidos.
- Manguitos para la toma de tensión arterial, conocidos como baromanómetro.
- Pulsioxímetro para medir el nivel de saturación de oxígeno en sangre del paciente.

- Carro de paradas, que incluirá un desfibrilador.
- Respiradores para los pacientes que se encuentran intubados.
- Electrocardiográfico.
- Y cualquier material sanitario necesario durante la asistencia del paciente.

El celador de la URPA será el encargado de trasladar todo este mobiliario y aparataje, desde el pasillo sucio donde se encuentra todo este aparataje, o trasladarlo al servicio de electromedicina para su arreglo.

Otras funciones desarrolladas por los celadores de la unidad quirúrgica asignada a la unidad de reanimación post- anestésica son:

- Trasladar al paciente desde la sala de intervenciones hasta el área de reanimación.
- Trasladar al paciente desde el área de reanimación hasta el lugar de origen, o hasta la unidad de cuidados intensivos.
- Trasladar las muestras biológicas extraídas del paciente al servicio de anatomía patológica.
- Trasladar los análisis a los laboratorios correspondientes.
- Trasladar desde el banco de sangre las plaquetas o sangre ordenadas por el enfermero a cargo del paciente.
- Movilizar al paciente que no pueda realizarlo por si mismo para cualquier actividad asistencial realizada por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, como puede ser: el aseo diario de aquellos pacientes que hacen noche en el área de reanimación, o la colocación y retirada de cuña de aquellos pacientes que no requieran uso de pañal.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador de la unidad quirúrgica. Funciones del celador en el área de reanimación de pacientes” nos demuestra en primer lugar el funcionamiento del área de reanimación post- anestésica y, en segundo lugar, las funciones desarrolladas por los celadores asignados a la unidad de reanimación.

Estos hechos hacen hincapié en la necesidad de la presencia de un celador en el área de reanimación, puesto que son los encargados de sacar a los pacientes de las salas de intervenciones y trasladar las altas desde la unidad quirúrgica a su lugar de origen, y, por lo tanto, disminuir la carga de trabajo a sus compañeros adscritos a los quirófanos.

6 Bibliografía

- 1.Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
- 2.GARRIDO, J.M. El celador en el quirófano. España. Formación continuada Logoss. 2013
- 3.Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
4. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
5. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 400

LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE TERMINAL: LA ACTUACIÓN DEL CELADOR DURANTE LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL

ALFONSO JOSE ROMERO GALAFATE

PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ MERINO

GEMA SORIA LOZANO

MARIA DEL MAR GILABERT CÁMARA

MARÍA DOLORES GARCÍA GALAFATE

1 Introducción

En el ámbito sanitario se conoce el término de movilización a la actividad llevada a cabo por el profesional no sanitario para modificar la posición en la cual se encuentra un paciente para posicionarlo en la postura deseada para cada actuación sanitaria o asistencial sobre el paciente.

Tal y como se encuentra recogida en la orden del 5 de julio de 1971, es función exclusiva la movilización del paciente que no pueda moverse por el mismo ni por el equipo de enfermería encargado de realizar las actuaciones que supone la necesidad de movilizar al paciente.

Se entiende como paciente terminal a aquel paciente que tiene un pronóstico de vida inferior a los seis meses, puesto que no responde a los tratamientos existentes para parar o mejorar los síntomas de la enfermedad y la enfermedad avanza de manera continuada.

Los pacientes terminales son pacientes que requieren de multitud de actuaciones sanitarias y asistenciales, ya que se encuentran en un estado físico muy debilitado, debido al avanzado estado de la enfermedad y a los grandes dolores que tienen que soportar. Es por ello, por lo que estos pacientes son grandes dependientes del equipo asistencial sanitario y no sanitario para la realización de cualquier actividad.

2 Objetivos

- Conocer las medidas de seguridad realizadas antes y durante la movilización del paciente encamado terminal.
- Detallar las funciones de los celadores durante la movilización de los pacientes en estado terminal.

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

Cada actuación realizada a los pacientes en estado terminal estará encaminada a garantizar su comodidad y mejorar su calidad de vida durante el tiempo de vida que le quede. Es por ello, que una de las principales actuaciones realizadas con el paciente terminal por parte del celador, será la de movilizar a este paciente para proporcionar mayor confortabilidad en la cama hospitalaria.

A continuación, se van a detallar diferentes actuaciones del celador teniendo en cuenta una serie de características.

Actuación del celador cuando el paciente presenta una movilización activa.

En algunas ocasiones, los pacientes pueden realizar pequeñas movimientos para ayudar a los profesionales durante su movilización, es por ello, por lo que se le pedirá al paciente que colabore durante la actuación.

Indicar al paciente que se agarre o bien al cabecero de la cama o bien al triángulo que se encuentra en la parte superior de la cama hospitalaria, que doble las rodillas y con los talones se impulse hacia arriba cuando el equipo sanitario le indique.

El celador se colocará a la altura de la cadera del paciente para posicionar sus brazos por debajo de la cadera para empujar al paciente desde allí. En la cuenta atrás dirigida por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, realizarán la movilización conjuntamente.

Actuación del celador cuando el paciente presenta una movilización pasiva.

Si el paciente no puede realizar ningún tipo de movilización, se colocará un profesional a cada lado de la cama y colocarán su brazo por debajo de la axila del paciente. En la cuenta atrás dirigida por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, realizarán la movilización del paciente conjuntamente.

Actuación del celador con la ayuda de una sábana.

Utilizar la sabana bajera o la entremetida del paciente para subir al paciente hacia arriba o para realizar cualquier tipo de movilización.

Se colocará un profesional a cada lado de la cama, agarrarán la sabana lo más pegado al cuerpo del paciente posible para realizar más fuerza, y en la cuenta atrás dirigida por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, realizarán la movilización del paciente conjuntamente.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que se presentan anteriormente en este capítulo científico titulado “La movilización del paciente terminal. La actuación del celador durante la movilización del paciente en estado terminal” nos demuestra las actuaciones realizadas por los celadores durante la movilización de los pacientes en estado terminal, teniendo en cuenta la movilidad presentada por el paciente, el número de personal que interviene en la movilización y los medios utilizados.

Es importante recordar que toda actuación deberá ser realizada por dos profesionales, el celador asignado a la planta donde se encuentre el paciente encamado, y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería a cargo del paciente, pudiendo ser dos técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el caso de que el celador esté ocupado realizando un traslado u otra actuación ordenada por el equipo de

enfermería. Bajo ningún concepto, el celador realizará una movilización sin la presencia de un personal sanitario.

6 Bibliografía

1. Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013
2. Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
3. GARRIDO, J.M. El celador ante pacientes geriátricos. España. Formación continuada Logoss. 2013
4. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición2021
5. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.
6. RODRIGUEZr,F., CASTRO, A. El celador en cuidados paliativos. España. Formación continuada logoss. 2018
7. VV-AA- Personal laboral auxiliar de enfermería. Temario volumen 1. España. MAD. Edición2021

Capítulo 401

EL CELADOR EN LA PLANTA DE CUIDADOS PALIATIVOS

CARLOS MARTÍNEZ DOLZ

MARÍA CERRO GARCÍA

JOAQUIN VALENCIANO CABEZUELO

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

JOSÉ ÓSCAR GONZÁLEZ PÉREZ

1 Introducción

Dado que es miembro del equipo que brinda cuidados paliativos al paciente y comodidad para el paciente y sus seres queridos, el papel del cuidador es crucial para un paciente con una enfermedad terminal.

En estas situaciones, es crucial enfatizar las cualidades físicas, intelectuales, psicológicas y personales necesarias del celador. Además, hay algunas habilidades para las relaciones interpersonales que debes poseer.

A pesar de la persistencia y progresión irreversible de la enfermedad, el objetivo de la atención médica en casos terminales es “cuidar” al paciente más que “curarlo”. La Organización Mundial de la Salud define una enfermedad terminal como aquella que es progresiva, no tiene un tratamiento curativo específico, no puede detenerse en seco y causa la muerte en menos de seis meses. Implica un sufrimiento significativo para el paciente y su familia y produce síntomas graves y fluctuantes.

Hasta la muerte, se debe proporcionar la mejor calidad de vida posible. Por este motivo se crearon los cuidados paliativos, una nueva rama de la atención médica integral. En algunos casos, incluso sin que ellos se den cuenta, los familiares y amigos necesitarán casi tantos cuidados como el paciente. Experimentarán las diferentes etapas del duelo, así como una variedad de otras emociones que no pueden controlar.

2 Objetivos

Informar sobre el valor de los cuidados paliativos y los pasos que debe seguir un cuidador para garantizar la comodidad del paciente mientras lo emula y se pone en su lugar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 familiares, amigos y parientes que se encuentran en un estado terminal a menudo experimentan ansiedad y cambios de actitud, por lo que es importante considerar cómo están en duelo. Hay cinco etapas para aceptar la muerte:

- Negación: La incapacidad de aceptar y reconocer que se tiene la enfermedad como un hecho verdadero.
- Ira: etapa de disgusto, furia, disgusto, resentimiento y hostilidad por perder la salud.
- Negociación: (pacto) El paciente reconoce que la muerte es inevitable, pero hace esfuerzos por retrasarla o posponerla.
- Depresión: Esta etapa está marcada por el desánimo y el desánimo. Reclamando derrota ante la enfermedad.
- Aceptación: reconocer la condición del paciente así como la enfermedad que padece. Cada persona experimenta el duelo de manera diferente, por lo que el

cuidador debe tratar a cada persona como individuo.

Al tratar a este tipo de pacientes, el trabajo del celador es mejorar su calidad de vida, brindándoles una atención que tenga como objetivo mejorar todos los aspectos de su vida, no solo los síntomas. Psicológico, social y espiritual.

Ser consciente del paciente y su familia requiere que el celador sea extremadamente prudente en todo lo que hace. Debe perfeccionar sus habilidades empáticas y atender las necesidades psicológicas del paciente.

Para estar bien coordinados y ofrecer una atención exhaustiva, ya sea en el hospital o en casa, es necesario que todos los profesionales trabajen juntos.

El paciente recibirá atención continua e individualizada que siempre defienda su dignidad y al mismo tiempo garantice que la unidad del paciente y el propio paciente se mantengan limpios a diario.

El celador debe utilizar sus palabras y su propio lenguaje corporal con mucha precaución. En esta situación, las funciones son más empáticas.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe utilizar gestos y palabras con cuidado. En esta situación, los deberes son más enfáticos que otras virtudes. Por muy importante que sea que los pacientes nunca se sientan solos o incapaces de hablar con alguien, también se les debe mantener en posiciones acogedoras, a una temperatura saludable y con buena salud. A menudo, incluso sin que se den cuenta, los familiares y amigos necesitarán atención casi tanto como el paciente. Experimentarán muchas cosas, incluidas las etapas del duelo de sentimientos que no pueden controlar.

Cuando se trata de cuidados paliativos, la prioridad del celador es la comodidad y el confort de cada paciente. Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 402

FUNCIONES Y ACTUACIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

CARLOS MARTÍNEZ DOLZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

JOSÉ ÓSCAR GONZÁLEZ PÉREZ

MARÍA CERRO GARCÍA

JOAQUIN VALENCIANO CABEZUELO

1 Introducción

Debido a la gravedad y características únicas de estos pacientes encamados, los celadores que brindan este servicio deben recibir un entrenamiento efectivo en cuanto a su movilidad, agilidad y efectividad, además de estar adecuadamente vestidos, uniformados, completamente conscientes de sus roles y trabajando en conjunto con los demás empleados. El celador de la UCI servirá como refuerzo para el personal de la unidad y como enlace con otros servicios hospitalarios. Para pacientes con enfermedades o afecciones graves que no pueden ser tratadas en una sala de hospital porque requieren cuidados especiales, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio altamente especializado y equipado y consideración particular por sus circunstancias.

Es un espacio polivalente de acceso restringido donde pacientes con enfermedades graves reciben atención durante todo el día. Dado que los pacientes de esta unidad están postrados en cama y frecuentemente inconscientes, el celador intentará no hacer ruidos innecesarios y habrá recibido una amplia formación en movilización.

Una unidad de cuidados intensivos le da al hospital la capacidad de ofrecer a los pacientes una atención de alta calidad.

Este tipo de profesionales médicos trabajan en la unidad de cuidados intensivos con un amplio conocimiento en el manejo de todas las categorías de pacientes críticos, desde cardiólogos hasta pacientes politraumatizados y pacientes posoperatorios desafiantes.

2 Objetivos

- Describir las propias funciones que desempeña este personal no sanitario (celador de Unidad de Cuidados Intensivos) en esta área hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dado el estado de los pacientes, los celadores de esta unidad utilizarán batas asépticas y permanecerán con su uniforme al entrar o salir. La atención del paciente debe verse de manera integral en esta unidad, por lo que es crucial que todo el equipo y la infraestructura de apoyo estén coordinados adecuadamente. El celador no es el encargado de salvar vidas, pero si pasa mucho tiempo con los pacientes y tiene habilidad para hablarles, tranquilizarlos y acompañarlos en esta situación, puede ser una de las tareas más gratificantes.

Los pacientes que sean trasladados necesitarán ser vigilados cuidadosamente, con controles periódicos de sus signos vitales. Para brindar tranquilidad al paciente y a su familia, el celador debe ser estricto, eficiente y decidido que se trata

de un servicio extremadamente complicado que necesita ofrecer una atención exhaustiva a personas con problemas de salud graves. Su ayuda en las tareas de movilización y traslado, así como su estrecha colaboración con el resto del personal, serán cruciales.

Es fundamental que funcione como conexión con los demás servicios.

Por ejemplo, durante el turno de mañana, tendrás que marcar objetivos claros con el resto del personal en cuanto a las altas y las pruebas a realizar. En caso de aislamiento, será el encargado de empacar las cajas con material desechable y, de ser necesario, transportar las muestras. De la entrada serán ellos los responsables. Además de informarles que ya ha finalizado y vigilar el correcto trámite con la bata y calzas requeridas, se espera que los familiares estén presentes durante el horario de visita. Además, recogerán baldes llenos para reponerlos.

Realizarán las mismas funciones durante el turno de tarde, y durante el turno de noche, trabajarán con las auxiliares de enfermería para movilizar pacientes, vaciar bolsas, etc.

Como resultado, el celador debe poseer un conocimiento profundo de varias posiciones de salud, como las posiciones supina, prona y lateral.

5 Discusión-Conclusión

Debemos realizar una formación para poder desempeñar eficazmente nuestras funciones y orientarnos adecuadamente porque es una de las áreas más especializadas.

Para poder trabajar bien en equipo y ayudarnos a hacer menos traumática la estancia del paciente es necesario tener conocimientos suficientes y específicos que hayan sido contrastados. También debes colaborar con tus compañeros de trabajo. La experiencia de trabajar en esta unidad, donde el paciente es separado temporalmente de su grupo familiar para ser observado y dejado al cuidado de personal que no conoce, hace que uno considere sus necesidades emocionales, sensitivas y de confort. En el desempeño de nuestras funciones en la unidad debemos tener en cuenta la desorientación del paciente provocada por esta atención constante, el estrés de no saber qué pasará y el descanso limitado del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 403

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN UNA FARMACIA DE UN CENTRO SANITARIO

CARLOS MARTÍNEZ DOLZ

MARÍA CERRO GARCÍA

JOAQUIN VALENCIANO CABEZUELO

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

JOSÉ ÓSCAR GONZÁLEZ PÉREZ

1 Introducción

Se denomina farmacia hospitalaria a un servicio de atención médica que se encarga de la preparación, almacenamiento, elección y dispensación de medicamentos y productos sanitarios. Una de sus responsabilidades es brindar asesoramiento. Sobre un uso eficaz, seguro y eficiente para pacientes y profesionales sanitarios. El objetivo de este servicio es garantizar que cada paciente reciba la medicación que le ha prescrito el equipo médico. Mientras sea paciente en un hospital, incluida la frecuencia de administración, la dosis correcta y la duración del tratamiento.

Casi todos los centros hospitalarios ofrecen servicio de farmacia, y este servicio se basa en la Dirección Médica. Este servicio hospitalario es un servicio centralizado al que tienen acceso todas las unidades hospitalarias.

Una de las funciones de una farmacia hospitalaria es supervisar un sistema de preparación, almacenamiento y distribución de productos farmacéuticos, lo que permite que tanto los pacientes como los profesionales médicos tengan acceso a ellos. Adecuado tanto por su administración como por su eficacia.

Las funciones de un celador en una farmacia hospitalaria son cruciales porque realizarlas bien apoya los esfuerzos del personal médico y no médico, que siempre está trabajando en beneficio de los pacientes. Un celador que atiende una farmacia de un hospital forma parte de su trabajo.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones clave que realiza un celador dentro del departamento de farmacia de un complejo hospitalario.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se encontraron artículos científicos seleccionados con contenido pertinente al tema de estudio mediante una búsqueda sistemática de libros y consulta de artículos en las tres principales bases de datos: Scielo, Pubmed y Medline.

4 Resultados

En un hospital, el suministro y son gestionados por los servicios de farmacia, se proporcionan los medicamentos solicitados en circunstancias específicas.

Las principales funciones del celador dentro del servicio de farmacia hospitalaria son las siguientes:

- Aceptación de materiales.
- Llevar suministros a la farmacia desde un almacén u otros departamentos del hospital.
- Acondicionar suero y alcohol y distribuirlo a los distintos servicios del hospital.
- Al realizar un inventario general, que normalmente se hace una vez al año para determinar las existencias reales del material almacenado, el objetivo siempre debe ser verificar las existencias reales de los productos que se almacenan al momento de realizar el conteo.

- Transferir y transportar dichas mercancías entre las distintas unidades de una, desde el centro médico hasta la farmacia.
- Traslado de materiales por la farmacia.
- Trabajo en equipo en la realización de inventarios.
- Distribuirá la medicación y el resto de productos galénicos a diversas personas, unidad de un hospital. Por lo tanto, deberá dejar al personal a cargo del vehículo.
- Atención de enfermería a los pacientes que les han sido asignados.
- El movimiento de materiales pesados.
- Se encargará de trasladar a los pacientes desde la farmacia a las distintas unidades en uno de los carros que contenían el medicamento.
- El estado del material. Estos materiales que el celador recibe deben entregarse al personal médico, junto con una copia de los albaranes de entrega correspondientemente, para que el personal administrativo complete la contabilidad desde la puerta.
- La disposición, colocación y clasificación de materiales en estanterías está a cargo de acondicionar directamente una variedad de productos, incluidas botellas de alcohol y solución salina.
- Tiene la custodia de la farmacia bajo su control.

5 Discusión-Conclusión

Hay algunos aspectos únicos del servicio de farmacia de un hospital que han llegado a necesitar ciertos conocimientos por parte de todo el personal de salud apropiado para el correcto crecimiento de su función.

Desde entonces, la sección de farmacia del centro hospitalario es de gran importancia que sirve como fuente de suministros sanitarios para los servicios hospitalarios.

Un celador que atiende una farmacia de un hospital como parte de su trabajo.

Al ser ellos los responsables, ayudan al normal desarrollo de este servicio, entre otras muchas tareas en el traslado a diversas unidades de un centro o un hospital para mediación y el resto del material higiénico.

6 Bibliografía

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

Capítulo 404

ACTUACIONES DEL CELADOR CON LOS VOLANTES O PETICIONES MÉDICAS GENERADOS EN URGENCIAS.

ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS

MARIA BERNARDA TORRES GARCIA-VALENCIANO

MARTIN ROMERO ANDUJAR

ELENA ROMERO ANDUJAR

LIDIA LARA JAIME

1 Introducción

La documentación sanitaria que surge en cada proceso asistencial del paciente, se guarda y custodia, tanto en la historia clínica física del paciente, como en la historia digital del mismo. Toda esta documentación está compuesta por documentos de consentimiento del paciente, resultados de pruebas diagnósticas, resultados de analíticas, tratamientos, alergias, consultas de especialistas, etc. Pero además, existe, otros documentos que, aunque pertenecen al rango de sanitarios, no se guardan, sino que se destruyen por contener datos de filiación del paciente y demandas que los médicos realizan. Estos documentos son peticiones y volantes, que se originan, del mismo modo, durante el proceso asistencial del usuario.

Las peticiones y los volantes contienen los datos del paciente, nombre y apellidos, número de historias, número de la seguridad social, y otros datos relevantes, que serán objeto de confidencialidad, mientras tengan existencia. Estas peticiones y volantes se generan en todos los servicios del hospital, petición de prueba radiológica, volante para una interconsulta, petición de prueba complementaria, etc., y son generados por el personal facultativo o de enfermería, en su potestad, según su criterio, de afianzar el diagnóstico del paciente o la opinión del especialista en la patología presente en el mismo. En el servicio de urgencias se imprimen continuamente peticiones y volantes, y el celador es el encargado de cursar dicha documentación.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las actuaciones que el celador realiza en la tramitación de las peticiones y volantes que se originan en el servicio de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el servicio de urgencias se origina una gran variedad de documentación sanitaria que no será archivada en la historia clínica del paciente, son las peticiones y volantes, aunque posteriormente de su uso, es obligatorio, eliminarlos, porque contienen datos confidenciales del paciente. Así, de este modo, el facultativo o el enfermero, de triaje, solicitan a través de las peticiones y volantes, una serie de pruebas y consultas, que pueden ser peticiones de pruebas radiológicas, placas radiológicas, ecografías, TAC, resonancia magnética, pruebas diagnósticas de digestivo, pruebas diagnósticas de cardiología, pruebas diagnósticas de neurología, y volantes de interconsultas, es decir, de una consulta especializada, volantes de

petición de plasma al banco de sangre, volantes de medicación extraordinaria, etc.

Todos estos documentos son cursados por el celador de urgencias, a los distintos servicios de destino. Cursar significa tramitar, es decir, trasladar la petición o volante hasta el servicio deseado. El método de activar las peticiones y volantes puede diferir de unas pruebas a otras, o de unas consultas a otras. El celador de urgencias, simultáneamente, traslada al paciente con su petición a la realización de una simple placa radiológica, no es necesario, cursar, previamente, la petición. Sin embargo, cuando el médico que atiende al paciente desea conocer con más exactitud las causas de su patología, realiza la petición de una prueba diagnóstica, una ecografía o un tac. En estos casos, aunque el médico realiza la llamada pertinente al radiólogo, el celador, previamente traslada ambas peticiones hasta el servicio de rayos, hasta que el radiólogo, dé el visto bueno que puede materializarse la prueba y por consiguiente, puede ya el celador trasladar al paciente.

En las peticiones de interconsultas, el médico de urgencias cree conveniente que el paciente sea visto y atendido por el especialista indicado, el celador realiza el traslado de la petición a la consulta correspondiente, para que el especialista, según la agenda que tiene, llame al celador para que traslade al paciente hasta la consulta. Todas estas peticiones y volantes, en cada uno de los servicios destinatarios, son recogidos por el celador de la destructora de papel, para su total eliminación.

5 Discusión-Conclusión

Se ha podido constatar, con la realización de este capítulo, que no toda la documentación generada en los procesos asistenciales de los pacientes, son archivadas en la historia clínica del mismo, sino que, por el contrario, aunque se origine la documentación catalogada de sanitaria, las peticiones y volantes, no son archivados en la misma.

El celador de urgencias, en su función de traslado de la documentación del servicio, reconoce cada uno de estos, ya sea petición o volante, y conoce el destino de los mismos, y del mismo modo, también sabe, cuando es un documento para cursar y dónde, y cuando es un documento que puede acompañar al paciente simultáneamente. Con este conocimiento, el celador, realiza un trabajo eficiente, ahorrándose caminatas largas, y eficaz para el servicio.

6 Bibliografía

1. El traslado de documentos y objetos. Disponible en: <https://www.cgtsanidadlpa.org>.
2. Traslado de documentos. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>.
3. Funciones del celador en el servicio de urgencias. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

Capítulo 405

EL CELADOR DE LENCERÍA EN LA REPOSICIÓN DE ROPA Y VESTUARIO A LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.

ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS

MARIA BERNARDA TORRES GARCIA-VALENCIANO

MARTIN ROMERO ANDUJAR

ELENA ROMERO ANDUJAR

LIDIA LARA JAIME

1 Introducción

La lencería del centro hospitalario recibe toda la ropa que se necesita en el hospital, sea cual fuese, el servicio de lavandería existente, o sea, puede ser gestionada por el propio hospital, o puede ser concesionaria otra lavandería externa. En esta ropa hospitalaria se incluyen el vestuario de los profesionales, además de todo el textil necesario para los pacientes y las camas de los mismos.

La ropa que se recepciona en la lencería está compuesta por los pijamas de los profesionales, chaqueta, pantalón y bata; los pijamas y batas de los pacientes, y las sábanas, mantas, entremetidas, colchas, almohadas, fundas, que son componentes y parte de las camas y camillas del hospital. El objetivo principal de la lencería consistiría, por lo tanto, en el reparto y distribución de todo el conjunto

textil que se utiliza en el hospital, y la recogida del mismo, para su lavado, planchado y vuelta a la iniciación del proceso de clasificación y distribución.

En toda esta actividad intervienen planchadoras, lavanderas, y celadores, cada profesional con sus funciones definidas y estatutarias, siendo el celador de lencería, el encargado de la distribución y reparto del conjunto textil, tanto para la ropa de cama, como para el vestuario de los profesionales. En este capítulo se describirá las actuaciones que realiza el celador en estos menesteres, desde el llenado de los carros de reparo y la distribución de la ropa y equipos en las diferentes unidades y servicios.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las actuaciones que el celador de lencería ejecuta en el reparto y colocación de la ropa y vestuario necesario en las unidades hospitalarias.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador llena los carros de la lencería para su posterior reparto, siguiendo una lista de control con el número de prendas que cada unidad o servicio necesita. Cada carro está dispuesto con el nombre de la unidad o servicio donde será trasladado por el celador. En la lista del control de planta o servicio, el celador, tiene anotado, el número de sábanas, de almohadas, de entremetidas, de colchas, de mantas, etc.

El celador completa unos carros que serán distribuidos por las unidades especiales, uci pediátrica, unidad de pediatría, uci polivalente y coronaria, paritorio y quirófano, en cuyo, caso, las funciones del celador de lencería, no solo es el

traslado de dicho carro, sino que además, tiene que colocar y clasificaré en dichos servicios la ropa.

El celador de lencería clasifica la ropa, en este caso se trata de vestuario del personal, en las unidades especiales, es decir, en aquellas unidades y servicios, que por su especialidad son cerrados, el profesional, no puede salir del servicio. En estas unidades, mencionadas, el celador de lencería, clasifica el vestuario del personal que trabaja en las mismas, compuesto por chaqueta, pantalón y bata, ordenándolos y colocándolos en las correspondientes estanterías de los armarios por tallas y colores. Las tallas suelen de superpequeñas, pequeñas, medianas, grandes y supergrandes. Los colores son de dos tipos, verde y azul. Además, en estos servicios el celador de lencería, coloca y repone, en las estanterías, la ropa de cama necesaria en los mismos.

El celador de lencería también coloca la ropa de pediatría y de uci pediátrica, tallas de pijamitas pequeños, bodis, mantitas, colchitas y toda la ropa adecuada para niños y bebés. Existen centros hospitalarios, donde la recogida del vestuario del profesional se realiza por medio de máquinas expendedoras, es decir, la chaqueta y el pantalón de la misma talla, por medio de la tarjeta identificativa del profesional, extrae de dicha máquina expendedora su equipación y su talla. El celador de lencería en estos hospitales, es el encargado, del rellenado de las máquinas expendedoras, que se encuentran ubicadas en los pasillos que dan acceso a las ucis y al quirófano.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final a este trabajo se puede resaltar la labor tan dinámica que el celador de lencería realiza en cada turno de trabajo, llenado, reparto, colocación, son tareas que aunque no estén directamente relacionadas con la atención directa al paciente, tendrían consecuencias muy negativas en caso de la no reposición del vestuario y de la ropa de planta. También reflexionar un poco, sobre la implantación, de máquinas expendedoras, que existen, ya, en muchos de los centros hospitalarios de la comunidad, que podrían entrever la posibilidad de la desaparición de puestos de trabajo y de la misma lencería hospitalaria, que podría externalizarse, por empresas privadas.

6 Bibliografía

1. El servicio de ropa y lencería en los hospitales. Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es>.
2. Actuaciones del celador en la lencería y lavandería. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
3. El celador en el servicio de lencería del hospital. Disponible en: <https://congresosicepa.com>.

Capítulo 406

¿QUÉ FUNCIONES REALIZA EL CELADOR EN ANATOMIA PATOLOGICA?

ANA BELEN GARCIA-CERVIGON TORRIJOS

MARIA BERNARDA TORRES GARCIA-VALENCIANO

MARTIN ROMERO ANDUJAR

ELENA ROMERO ANDUJAR

LIDIA LARA JAIME

1 Introducción

La anatomía patológica como ciencia se encarga del estudio de todas las malformaciones anatómicas que se producen en el interior de los tejidos y órganos de las personas. Estas anomalías son producidas por las enfermedades o consecuencias que provocan las mismas.

Las muestras biológicas procedentes de las distintas unidades que conforman el hospital suelen ser biopsias, muestras para estudios de inmunohistoquímica y citopatologías.

Las biopsias son extracciones pequeñas de los tejidos para diagnosticar algún tipo de enfermedad concreta, antes de realizar un proceso más agresivo para el paciente, confirmándola. Los estudios de inmunohistoquímica diagnostican los

tipos de cáncer. Los estudios de las citopatologías diagnostican enfermedades relacionadas con el aparato respiratorio, las vías urinarias, entre otras. Todas estas muestras biológicas deben ser conservadas en envases con unas características concretas, en líquidos especiales, de los cuales se hablará más adelante, que permite que la muestra no sufra alteraciones sensibles para su estudio, antes de ser enviadas al servicio de anatomía patológica del centro hospitalario. En anatomía patológica se encuentran los patólogos, que son los que firman los estudios y resultados de las diferentes pruebas biológicas analizadas, y los técnicos de anatomía patológica. El servicio cuenta también con los auxiliares administrativos y los celadores, cuyas funciones de estos últimos, se analizarán en el desarrollo de este capítulo.

2 Objetivos

- Explicar qué es la anatomía patológica como especialidad y su funcionalidad.
- Analizar las funciones y tareas que el celador ejecuta en anatomía patológica.

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

En el laboratorio de anatomía patológica se reciben continuamente envases de plástico, tubos o botes, con las muestras sacadas en las unidades hospitalarias, punciones o biopsias, citopatologías, cerrados perfectamente y con la solución pertinente de formol, que conserva el tejido o la muestra hasta su estudio en el microscopio.

Aunque los celadores destinados en las unidades y servicios del hospital trasladan las muestras biológicas hasta el servicio, existen algunas excepciones de las mismas, que serán trasladadas por el celador de anatomía. Por la mañana el celador las recoge con un carrito y las traslada hasta el servicio.

El traslado de los líquidos necesarios en el servicio son transportados por el celador, entre ellos se encuentra el formol, que viene en envases de un plástico especial de veinticinco kilos. Este transporte lo realiza con la transpaleta del servicio de almacén del hospital.

Las muestras biológicas para su estudio en el microscopio se colocan en placas de cristal o portaobjetos, de diversos tamaños y formas cuadradas o rectangulares, que el celador del servicio, coloca y ordena, clasificando las formas, en el almacén del servicio, para cuando se le demande su reposición.

En el caso de la realización de una autopsia, el celador del servicio, tiene la misión de la preparación de la sala de autopsias, así como de colocar el cadáver en la mesa de la sala, y finalizada la misma, la limpieza de la sala y de los instrumentos utilizados.

Todos los restos de las pruebas, serán retirados por el celador, en contenedores especiales, cuando se tratan de muestras pequeñas, que serán retiradas por el servicio de retiro de residuos biológicos. Los restos de muestras más grandes, como miembros, brazos, piernas, manos, etc., serán retirados y trasladados por el celador del servicio hasta la cámara frigorífica del servicio o mortuario, hasta su retirada por el servicio homologado de residuos biológicos.

5 Discusión-Conclusión

El celador de anatomía patológica contribuye con su trabajo a conseguir los objetivos programados del servicio, en la atención y colaboración con las otras unidades peticionarias del estudio de las pruebas biológicas remitidas al servicio.

El celador para el transporte de los envases del formol, envases pesados, deberá estar en posesión del carnet de manipulador de transpaleta, y en estas acciones y traslados, deberá, cambiarse, los zuecos de material, por las botas de protección con puntera de acero, proporcionada por el hospital. En el llenado de los dispensadores del formol, el celador, deberá prestar y usar mascarilla, por los vapores que efluyen del formol.

6 Bibliografía

1. Historia de una biopsia. Viaje por anatomía patológica. Disponible en: <https://www.hgc.es>
2. Papel del celador en anatomía patológica. Disponible en: <https://es.escribb.es>

3. Actuación del celador en el laboratorio de anatomía patológica. Disponible en:
<https://mad.es>

Capítulo 407

EL CELADOR Y SUS COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE INFORMACIÓN DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MANUEL SANTIAGO SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-
GIL

CARLOS TORRES ATIENZA

JAVIER GUTIÉRREZ VELASCO

CARLOS ANDRÉS ESPINOZA GONZALEZ

VÍCTOR DEL RIO MONTES

1 Introducción

En este artículo se hará una descripción breve y detallada de todas o casi todas las responsabilidades diarias del celador de información en un hospital o centro de atención primaria. El área de información está situada en la puerta principal del centro hospitalario.

En realidad no hay constancia de cuando empezó a llevar a cabo por primera vez su trabajo el primer celador. Los primeros informes sobre el grupo de celadores se escribieron en 1874 y se pueden encontrar en centros médicos.

El celador pertenece a la categoría de personal no sanitario, pero presta sus servicios tanto en centros hospitalarios como en centros de salud. Dado que son empleados multidisciplinarios que pueden trabajar en una variedad de servicios

y en varios niveles de complejidad, los celadores en las instalaciones hospitalarias realizan una variedad de tareas.

El celador debe ser una persona amable y considerada. Su trato con el paciente es muy directo, ya que suele ser el personal que se ocupa de sus traslados por el centro sanitario.

En el artículo 14.2 de la Orden ministerial del Estatuto del Personal de 5 de julio de 1971 se incluye una relación de las distintas competencias de los celadores, personal no sanitario no asistenciales a disposición de los establecimientos de salud de la seguridad social.

2 Objetivos

Enumerar las diferentes funciones del celador en el área de información de un hospital o de un centro sanitario.

Hacer hincapié en el trato correcto, empático que el grupo de celadores deberá tener hacia los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica. Se han estudiado varios artículos en las principales bases de datos científicas: Science Direct, Scielo, Redalyc, Vancouver. Se emplearon los siguientes descriptores: paciente-celador-información-centro sanitario.

4 Resultados

Entre otras, las funciones del celador en los centros sanitarios serán:

Informará a los pacientes y a sus acompañantes de las consultas externas, su ubicación y las plantas en las que se encuentran.

-Vigilará a las visitas que vengan del exterior y negará la entrada a quienes presenten signos de embriaguez, no presenten un buen aseo personal o tengan sospechas de que puedan causar disturbios.

Dado que los enfermos deben tener un certificado que indique que están autorizados a salir del hospital, comprobarán las salidas realizadas por los enfermos y por sus acompañantes.

Cuando un paciente ingrese, lo transportarán por las plantas del hospital y lo acompañarán hasta el quirófano o el hospital de día. El paciente siempre deberá estar identificado mediante una pulsera que llevará alrededor de la muñeca.

Los celadores se encargarán de tomar la correspondencia diaria y clasificarla según sea para uso interno de los distintos departamentos o solo para el exterior, es decir, para los domicilios o los centros de salud de la provincia.

Si una persona requiere una silla de ruedas para acceder a su consulta ambulatoria u otros servicios, pondrá una a su disposición.

En su espacio de trabajo, mantendrán la disciplina y el mayor silencio posible.

Los celadores del servicio de información y auxiliares administrativos, que frecuentemente se encontrarán apostados en el mostrador de información, serán las primeras personas que un paciente, un acompañante o incluso un compañero de trabajo verá cuando acuda a las instalaciones del hospital por la puerta principal. Se necesita una variedad de actitudes, que incluyen amabilidad, paciencia, simpatía y comprensión, para desempeñar bien sus funciones en este complejo puesto.

El celador forma parte de un equipo multidisciplinar, compuesto por personal médico y personal no sanitario en el que es figura clave.

5 Discusión-Conclusión

Dado que los celadores encargados del punto de información son quienes dan la primera bienvenida al paciente o acompañante, deben tener un especial cuidado a la hora de ayudarlo y responder a sus consultas.

Los celadores a cargo de esta tarea deben ser amigables, cautelosos y extremadamente pacientes.

Nunca se debe faltar el respeto a los pacientes ni a los acompañantes, y siempre se debe dar la información correcta teniendo en cuenta la ley de protección de datos.

Como parte de sus funciones, el celador de información debe respetar ciertos principios morales, entre ellos la necesidad de tratar a todos por igual y sin discriminación y de saber orientar al paciente. Deben mantener el secreto de la información.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/celador-puerta-hospital-funciones/>

Capítulo 408

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL.

LOURDES ANGEL ANGEL

MIGUEL ÁNGEL CIFUENTES GALINDO

MARÍA PAZ JIMÉNEZ ROJAS

MARÍA JOSÉ CARAVACA DÍAZ

JENIFER CONDE VALENCIA

1 Introducción

Los auxiliares administrativos de farmacia se encargan de elegir los materiales y son capaces de realizar consultas, solicitar facturas y pagar facturas. También deben revisar seis extractos de pago al presentar el saldo total de algunas recetas. Administrar su cuenta bancaria, cuadrar sus consumos mensuales y anuales, conciliar sus ingresos y gastos, administrar sus gastos y, por supuesto, la compra de sus medicamentos también son necesarios. El trabajo que se realiza en una farmacia va más allá de simplemente recomendar los mejores productos para la salud del paciente y dispensar medicamentos paciente, va un paso más allá y conlleva tareas administrativas adicionales.

La organización encargada tanto del internamiento clínico como de la atención especializada es el hospital. Cuentan con farmacias hospitalarias especializadas,

así como con auxiliares administrativos y técnicos de farmacia que realizan sus propios trabajos y funciones. Un hospital es un establecimiento encargado de la hospitalización clínica, así como de la atención especializada y auxiliar que se requiere en la zona afectada. Es atención secundaria, ofrecida como servicio ambulatorio y de urgencia con potencial de hospitalización. La selección del inventario y todo lo demás en la farmacia es responsabilidad de los asistentes administrativos que allí laboran.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo 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

El servicio de farmacia cuenta con las siguientes personas con conocimientos: Técnicos de farmacia, enfermeros, auxiliares administrativos, enfermeros de terapia intensiva y personal de limpieza que trabajan en turno vespertino. El Servicio de Farmacia Hospitalaria, dependiente de la Subdirección de Gestión Clínica Hospitalaria, tiene la responsabilidad de descargar los medicamentos requeridos a través de los sistemas de dispensación.

Para mejorar adecuada y eficazmente la salud de los pacientes, es necesario cumplir con los requisitos necesarios.

El departamento de farmacia trabaja en estrecha colaboración con los servicios clínicos del hospital para lograr los objetivos y establece los deberes y responsabilidades de cada miembro del segundo departamento de farmacia. En el servicio de farmacia, las responsabilidades principales de los auxiliares administrativos son:

- Colaborar en la planificación, organización y control de las actividades de la unidad.
- Salida sencilla para albaranes que necesitan ser reemplazados. Elaborar y equilibrar las recetas y facturas emitidas.
- Controla el flujo de tickets de medicamentos que se dispensan.
- Trabajar en conjunto y evaluar el calibre de los materiales empleados.
- Organización de mesas, desinfección y organización de almacén.
- Cada día, Mantenga un registro de todas las preparaciones estériles y la nutrición parenteral.

Es fundamental que el equipo de farmacia incluya un administrador o un contador. Porque examinará si es necesario afrontar, entre otras cosas, la gestión de compras, la supervisión contable, la comunicación de resultados, etc. impuestos. Según recomendación de la farmacia, se deben presentar todos ellos de forma rutinaria, lo que requiere la presentación de 1 documento. Dado que todas las funciones de un auxiliar administrativo de farmacia son de naturaleza administrativa, no es necesario que sean farmacéuticos, médicos o enfermeras. La sostenibilidad del sistema de salud y la seguridad del paciente son prioridades para los auxiliares administrativos de farmacia.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares de administración de farmacia son los encargados de garantizar que los equipos informáticos funcionen correctamente. Controlan la entrada y salida de medicamentos, los niveles de existencias, las fechas de caducidad y transfieren todos los datos relevantes al programa informático.

Todas las actividades de servicio deben completarse para que el plan del sistema de gestión de calidad sea preciso y para que podamos mantener el control sobre todos los procesos y establecer objetivos específicos para cada año. La revisión del sistema de gestión de la calidad incluye un resumen de todos los contenidos, balances y análisis de cada año.

6 Bibliografía

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

Capítulo 409

COMPETENCIAS Y FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

LOURDES ANGEL ANGEL

MARÍA JOSÉ CARAVACA DÍAZ

JENIFER CONDE VALENCIA

MARÍA PAZ JIMÉNEZ ROJAS

MIGUEL ÁNGEL CIFUENTES GALINDO

1 Introducción

Este puesto necesita cumplir una serie de requisitos fundamentales para estar equipado y adaptado a un sistema de información consistente y fiable, garantizando la exigencia legal de una gestión significativa de la protección de datos y los derechos de los usuarios/pacientes. Además de proporcionar formación continua a los profesionales auxiliares administrativos, fomentar la comunicación interna, etc.

Debido al crecimiento exponencial de la demanda de atención, la organización del trabajo y de los hospitales se está volviendo más diversa, compleja y estratificada con el objetivo de preservar y mejorar la eficiencia en la gestión práctica de los recursos.

El puesto de admisión y documentación clínica del hospital sirve como sistema de soporte para gestionar usuarios que podrían convertirse en pacientes, procesar documentación clínica relacionada y procesar datos sanitarios recién generados. Es el encargado y responsable de ordenar, categorizar, coordinar y priorizar para mejorar la eficiencia y eficacia en la mejor gestión de los recursos. Es también el punto y lugar donde convergen el usuario/paciente y el posterior proceso asistencial.

Los procesos se pueden controlar fácilmente, los archivos y registros se pueden crear y organizar de acuerdo con la documentación que necesitan administrar, y el software se actualiza y renueva periódicamente para cumplir con los requisitos cambiantes del trabajo. En él se incluye tanto el personal asistencial como el no sanitario, incluidos médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, administradores, auxiliares administrativos y subordinados.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los distintos puestos y ámbitos que abarca el puesto de admisión y documentación clínica y definir las funciones que tiene.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 el puesto de admisión y documentación clínica, un puesto no asistencial, el que facilitará al paciente el acceso a la asistencia sanitaria especializada y participará en la gestión de la historia clínica.

El auxiliar administrativo actúa utilizando indicadores de actividad y calidad, evaluación continua. Su reorganización requiere la definición y creación de expedientes, el establecimiento de circuitos de comunicación interna y el control de procesos, entre otras cosas.

Pese a ello, las responsabilidades del auxiliar administrativo siguen cubiertas por la estructura multidisciplinar de los puestos destinados a la gestión de la documentación clínica y del servicio de admisión.

Los esfuerzos administrativos se centran en coordinar acciones y recursos para ayudar siempre a los usuarios y pacientes.

Los auxiliares administrativos trabajan en una variedad de roles en la industria de la salud, incluidos aquellos relacionados con hospitalización, cirugía, emergencias, atención ambulatoria, referencias entre centros, secretarías de atención médica, archivo de registros médicos, documentación y codificación.

Las tareas incluyen redacción de informes clínicos, mantenimiento de historiales de pacientes y planificación, coordinación y supervisión adecuada de las actividades administrativas que se consideren necesarias para respaldar la atención, una clínica, etc., y relacionados con el ingreso. Controlar la documentación para la atención médica.

Las funciones de un auxiliar administrativo en el puesto de documentación clínica incluyen gestionar todos los datos clínicos ingresados por el paciente en un registro médico especial del usuario, así como salvaguardarlo, preservarlo y administrarlo los registros creados durante cada paso del proceso de atención.

Sin embargo, los auxiliares administrativos, al igual que ellos, son los profesionales encargados de supervisar el ingreso de usuarios/pacientes, aquellos en hospitales y clínicas ambulatorias que están a cargo de gestionar y documentar la atención clínica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, todas las tareas mencionadas implican instrucción, investigación y desarrollo, gestión de suministros, distribución de personal, etc., que no pueden incluirse en una guía a pesar de su importancia, considerando lo inconsistente que es su dedicación de tal forma que el cargo de admisión y documentación clínica lo requiera.

Para garantizar que los auxiliares administrativos desempeñen impecablemente sus funciones, respetando la confidencialidad y protección de datos de los documentos, es fundamental elaborar y actualizar un manual que estandarice las tareas que deben realizar en este servicio, en los distintos puestos, con quién trabaja.

Según los cambios en la tecnología, esta guía debe modificarse. Esto puede ayudar a estandarizar y combinar el trabajo del auxiliar administrativo.

6 Bibliografía

1. Lastra M, Villazón AB, Villazón A. Admisión y documentación clínica (SADC). Ocronos. 2020. Disponible en: <https://revistamedica.com/>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 410

LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SISTEMA SANITARIO Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.

LOURDES ANGEL ANGEL

MARÍA PAZ JIMÉNEZ ROJAS

MIGUEL ÁNGEL CIFUENTES GALINDO

MARÍA JOSÉ CARAVACA DÍAZ

JENIFER CONDE VALENCIA

1 Introducción

Ya fuera un sistema público o privado, todos hemos utilizado alguno en algún momento. Para recibir la atención adecuada, debemos ser abiertos acerca de nuestros datos personales y hábitos diarios (como fumar, beber y consumir drogas), además de la ascendencia.

Cuando se requieren exámenes, se realizan y los resultados se ingresan en nuestro expediente médico junto con las cirugías a las que nos hemos sometido y las observaciones que el médico considere pertinentes a nuestro estado de salud.

La recopilación de los datos, la transcripción en soporte digital y la consulta para garantizar el desempeño adecuado de sus funciones son solo algunas de las muchas tareas que realizan los auxiliares administrativos que trabajan en organizaciones de salud, pero ¿Quién tiene acceso a toda esa información, cómo se protege su acceso y cómo se frena su propagación?

La normativa establece que es necesario proteger en todo momento los datos personales relativos a los usuarios del sistema sanitario porque se presumen protegidos (art. 9 RGPD). La Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) publicó a finales de 2019 una “Guía para pacientes y usuarios sanitarios” para así poder concienciar al usuario sobre el tratamiento de estos datos tan cruciales y que no se hagan públicos.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es explicar la importancia del papel del auxiliar administrativo en el proceso de custodia de la información en la prestación de servicios de salud de acuerdo con la ley de protección de datos del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una categoría única de datos a la que se refiere el Reglamento son los datos sanitarios en materia de protección de datos, e incluye:

- Información sobre afiliación e identificación para el campo médico.
- Información sobre nuestra salud física y mental en cualquier momento.
- El número de identificación único otorgado a nuestra atención (por ejemplo: número de registro médico).
- Todos los datos obtenidos de cualquier tipo de examen médico (por ejemplo: tomografía computarizada, análisis de muestras, descripción genética) u operaciones.
- Información sobre la discapacidad de una persona, antecedentes familiares de enfermedad, probabilidad de contraer una enfermedad en el futuro, procedimientos y tratamientos recibidos, etc.

Los auxiliares administrativos siempre recopilan y registran información de identificación, ya sea durante el registro obligatorio inicial después del nacimiento de

un niño, como resultado de cambios de hogar que requieren un cambio de proveedor de atención primaria, o incluso en el caso de personas que nunca han visitado un hospital y requieren que se les genere un número de identificación único en el centro pueden ser tratados.

El "historial médico" contiene información sobre el estado de salud. Es un fichero personal que contiene toda la información generada por los distintos episodios de salud, tal y como nos ha facilitado cada profesional que nos ha ayudado. Cada día que visita un miembro del personal médico, incluso mientras el paciente está en el hospital, se anota en el historial.

Su objetivo es dar a cualquier profesional que deba cuidarnos un conocimiento integral de nuestro estado de salud para que pueda consultarlo y conocer el contexto profesional. El médico u otro miembro del personal médico que trata al paciente compila el historial médico. En algunos casos excepcionales ya se ha pedido a un auxiliar administrativo que mecanografíe las historias.

Actualmente, la mayoría de los hospitales gestionan este tipo de documentos de forma digital, pero los centros de atención primaria, donde cada familia conviviente tiene un, todavía utilizan papel para los registros médicos familiares.

Junto a los datos computarizados, también está el número asignado, notas médicas, pruebas realizadas por el paciente y otra información que el médico puede consultar.

A través de programas informáticos muy específicos e intrincados, donde se requieren contraseñas individuales para la correcta identificación de quien consulta estos documentos, se puede acceder a esta información digital del paciente.

Un profesional de la salud utiliza un programa diferente al de un auxiliar administrativo, por lo que aunque sea el mismo programa, se adapta a sus diferentes necesidades primarias. Los permisos otorgados a los miembros del personal que tienen acceso a la información dependen del perfil del usuario. Además, las funciones asignadas a los asistentes administrativos varían según las tareas que deben realizarse, menos acceso y/o permisos útiles.

Dado que las funciones específicas de un auxiliar administrativo no están claramente definidas y dependen únicamente del puesto en el que se desempeña, podemos decir que generalmente es así: no tiene acceso a los registros médicos de los pacientes.

A menos que sea un requisito de su trabajo, claro está. Un auxiliar administrativo de un centro de llamadas o un especialista en citas, por ejemplo, no necesita buscar información en los registros médicos del paciente.

Sin embargo, si un paciente solicita una cita directamente, el auxiliar de citas

deberá verificar el informe del médico para ver si deja la puerta abierta para que el paciente solicite una cita.

Negar una solicitud de cita realizada a través de un canal inusual sería un error. La información recabada por el personal médico de ese servicio o de otros estrechamente relacionados con los objetivos comunes de ese episodio deberá ser vista, no obstante, si el asistente desempeña sus funciones en el servicio de cirugía.

Al elegir a los pacientes de una lista de espera, el administrador que programa la intervención debe verificar que cada paciente tenga las pruebas preoperatorias necesarias en estado de "adecuado", que no estén caducados, o que no necesiten suspender previa y preventivamente ningún tipo de medicación. Un ejemplo de esto es la tarea de programar operaciones de cirugía mayor ambulatoria que requieren anestesia.

Luego, los médicos supervisarán la documentación. Con esto queremos dejar claro que el acceso a este tipo de información sensible solo está permitido cuando existe una justificación clara, como puede ser una consulta médica, la administración de servicios sociales o sanitarios, una cita médica, o razones de interés público. en el ámbito de la salud pública.

Solo se permite el acceso a la historia clínica a quienes participan en la atención del paciente, incluido el asistente administrativo que debe cumplir las órdenes del médico. Incluso si se hace con buenas intenciones, está prohibido el acceso de terceros sin permiso, incluidos familiares u otros profesionales.

5 Discusión-Conclusión

En un sistema de salud, las responsabilidades del auxiliar administrativo son cruciales para el crecimiento del trabajo de los profesionales de la salud. Podemos referirnos a ellos como su brazo ejecutor cuando se trata de asuntos administrativos que son cruciales para el correcto funcionamiento de los auxiliares de salud. Por lo tanto, quienes realizan ese tipo de trabajo están sujetos a todas las regulaciones que se aplican a los proveedores de atención médica en materia de protección de la información de salud del paciente. Existe legislación que cubre casi todos los escenarios y define el incumplimiento para ayudar a proteger los datos confidenciales. Para facilitar a los profesionales el cumplimiento de la ley, también se establecen normas de seguridad en cuanto al almacenamiento de la información, el acceso a la misma y la identificación de quienes la manejan.

6 Bibliografía

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

Capítulo 411

EL GRUPO DE CELADORES Y LAS MEJORAS DE LA MUSCULACIÓN.

VÍCTOR DEL RIO MONTES

MANUEL SANTIAGO SANCHEZ-VALDEPEÑAS MARTIN-
GIL

CARLOS TORRES ATIENZA

JAVIER GUTIÉRREZ VELASCO

CARLOS ANDRÉS ESPINOZA GONZALEZ

1 Introducción

Dado que deben trasladar pacientes, suministros y equipos, los trabajos del grupo de celadores casi siempre implican algún nivel de trabajo físico. En ocasiones, el esfuerzo excesivo en el lugar de trabajo, los movimientos bruscos y los movimientos repetitivos pueden provocar estos trastornos. Estas condiciones tienen un impacto en la calidad de vida de los trabajadores porque a menudo requieren una baja médica, lo que es costoso y tiene un efecto negativo en las empresas. También provocan que el trabajador sea menos funcional tanto a nivel personal como laboral.

La higiene corporal debe practicarse tanto en el ámbito personal como profesional para prevenir estas lesiones. Un conjunto de pautas conocidas como higiene postural nos instruyen sobre la postura adecuada a adoptar para pre-

venir dolores y lesiones tanto en posición estática como al movernos o realizar esfuerzos.

Los ejercicios para mejorar el tono muscular y reducir el riesgo de accidentes en movimiento son otro pilar fundamental. Este capítulo estará dedicado a este conjunto de ejercicios y a las instrucciones para realizarlos.

La tendinitis, el dolor lumbar y las contracturas pueden ser provocados por trastornos musculoesqueléticos, que son cambios que afectan los músculos, articulaciones, ligamentos, tendones, nervios y huesos del cuerpo.

Aunque las extremidades inferiores también pueden verse afectadas, la espalda, el cuello y los brazos suelen ser las partes del cuerpo más afectadas.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer pautas para la musculación de celadores.

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

Se van a enumerar algunos ejercicios de estiramiento para las diferentes partes del cuerpo que son las más afectadas por los distintos esfuerzos:

-Estiramientos de espalda estando tumbado: Acostarse sobre una colchoneta es un método adicional para estirar la espalda. Intenta llevar la rodilla hasta el pecho tomando la pierna por detrás. Durante unos segundos mantén la posición. Los cuádriceps deben descansar principalmente sobre el pecho.

-Estiramiento de los cuádriceps. Con una mano agarrada a una silla o pared, la otra toma el pie y lo mueve hacia el glúteo, doblando la rodilla. Una vez que

hayas sostenido durante un minuto completo, cambia a la otra pierna y repite el movimiento.

-Ejercicios y estiramientos para el cuello y región cervical. Estire la espalda mientras está de pie o sentado, luego gire la cabeza para que la oreja toque el hombro. Repetimos hacia el lado contrario.

-Estiramientos para el músculo trapecio: Suavemente, giramos la cabeza hacia la derecha, pero al estar inclinada debemos girarla hacia el otro lado hasta quedar mirando hacia arriba. La izquierda recibe el mismo trato.

-Estiramientos cervicales: Nuestra cabeza debe estar girada hacia la derecha mientras nos acostamos boca abajo en la cama. Cambiamos brevemente de posición antes de hacerlo. Haz circular tu cabeza en círculo. Gira la cabeza en una dirección, manteniendo la espalda recta. La dirección cambia después de tres repeticiones.

-Ejercicios para estirar la parte alta de la espalda: Sentado se levanta el brazo derecho hacia arriba, lentamente hacia el lado contrario y arqueando la espalda en la misma dirección. Girar la cabeza 30 segundos en el sentido de las agujas del reloj, y cambia de dirección durante otros 30. De pie, se estira el brazo izquierdo, cruzándolo hacia el lado opuesto, ayudándose del otro brazo para acercarlo al pecho y ejerciendo presión hacia dentro. Se repite con el otro brazo.

5 Discusión-Conclusión

La realización periódica de estos ejercicios antes y después de la jornada laboral ayuda a relajar y relajar los músculos, lo que aumenta el bienestar del trabajador. Debido a la naturaleza del trabajo que realizan los celadores, con frecuencia se producen esfuerzos en su trabajo. En ocasiones, las personas adoptan posturas forzadas, movimientos repetitivos, ritmos elevados y cargas de trabajo que afectan la salud de sus músculos y articulaciones.

Para reducir el riesgo de lesiones hay que trabajar estos factores, pero en este capítulo hemos hecho hincapié en ejercicios para relajar las partes del cuerpo más propensas a sufrir lesiones. Estos ejercicios se pueden realizar como medida preventiva para prevenir lesiones, así como para aumentar la movilidad y disminuir el dolor en caso de que ya se haya producido una lesión.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/lesiones-de-espalda-funciones-celador/>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 412

GESTIÓN DE DATOS Y ESTADÍSTICAS EN SALUD: EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS

LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO

YOLANDA JIMENEZ CARMONA

PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA

VERÓNICA MURILLO BEJARANO

ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO

1 Introducción

El Departamento de Estadísticas Hospitalarias es un componente crucial en cualquier sistema de atención médica y desempeña un papel fundamental en la gestión de la salud, la toma de decisiones clínicas y administrativas, así como en la planificación estratégica.

La recopilación y análisis de datos precisos sobre pacientes, procedimientos médicos, enfermedades y resultados de tratamientos permiten a los profesionales de la salud y a los administradores tomar decisiones informadas. Esto incluye la

asignación de recursos, la planificación de la atención médica y la evaluación de la eficacia de los tratamientos. Además, la información recopilada por el departamento de estadísticas hospitalarias ayuda a identificar tendencias y patrones en la atención médica. esto permite implementar mejoras en los protocolos de tratamiento, reducir errores médicos y garantizar una atención de mayor calidad para los pacientes (1).

Los datos estadísticos permiten evaluar la eficiencia de los procesos hospitalarios, como la utilización de camas, la gestión del personal y la programación de cirugías. Esto puede llevar a una utilización más eficaz de los recursos y una reducción de costos. El departamento de estadísticas hospitalarias juega un papel importante en la facturación de los servicios médicos. Los registros precisos de procedimientos y diagnósticos son esenciales para garantizar que los pacientes sean facturados de manera adecuada y que el hospital reciba el reembolso apropiado de compañías de seguros y programas de salud gubernamentales.

Los datos acumulados en el departamento pueden ser valiosos para la investigación médica. Los científicos y los investigadores pueden utilizar estos datos para llevar a cabo estudios clínicos, epidemiológicos y de salud pública que contribuyan al avance de la medicina y la comprensión de las enfermedades.

2 Objetivos

1. Explicar las actividades relevantes que debe realizar un auxiliar administrativo en el departamento de estadística hospitalaria.

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 rol del auxiliar administrativo en el Departamento de Estadísticas Hospitalarias es crucial para la gestión eficiente de datos y estadísticas en el ámbito de la salud. Este departamento es responsable de recopilar, organizar, analizar

y mantener registros precisos de la información relacionada con los pacientes, tratamientos médicos y resultados en un hospital o centro de salud.

En este sentido, el auxiliar administrativo es responsable de ingresar datos con precisión en sistemas de registro electrónicos o manuales. Esto incluye información sobre pacientes, diagnósticos, procedimientos médicos, fechas de ingreso y alta, entre otros.

Además, deben asegurarse de que los registros y la información estén organizados y archivados de manera adecuada para facilitar el acceso y la recuperación de datos cuando sea necesario. Mantener la confidencialidad de la información médica es fundamental, por lo que los auxiliares administrativos deben seguir protocolos estrictos para garantizar la privacidad de los pacientes y el cumplimiento de las regulaciones de protección de datos, como la HIPAA en los Estados Unidos (2).

Asimismo, trabajan en estrecha colaboración con otros departamentos del hospital, como el personal médico, de enfermería y de facturación, para asegurarse de que los datos se registren de manera precisa y completa. También revisan y verifican la exactitud de los registros para evitar errores que puedan afectar la atención al paciente y la facturación.

En cuanto a la generación de informes y estadísticas periódicas, los auxiliares administrativos ayudan en esta tarea, proporcionando datos sobre la ocupación de camas, la carga de trabajo del personal y la eficiencia de los procesos, lo que es útil para la toma de decisiones administrativas y clínicas. Mantener actualizados los registros médicos electrónicos (EHR, por sus siglas en inglés) es esencial para garantizar que los médicos tengan acceso a la información más reciente de los pacientes. En algunos casos, los auxiliares administrativos pueden interactuar directamente con los pacientes para obtener información adicional o ayudar en la inscripción y el alta (3).

Además, es importante que se mantengan al tanto de las últimas regulaciones y tecnologías relacionadas con la gestión de datos y estadísticas en salud para brindar un mejor servicio y contribuir a la mejora continua del departamento.

Por último, facilitan la comunicación eficiente entre el Departamento de Estadísticas Hospitalarias y otros departamentos, así como con agencias externas, como las autoridades de salud pública o las compañías de seguros.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del auxiliar administrativo en el Departamento de Estadísticas Hospitalarias desempeña una función vital en la gestión de datos y estadís-

ticas en el ámbito de la salud. Su labor se extiende más allá de la simple recopilación y organización de información, ya que contribuye de manera significativa a la toma de decisiones informadas, la mejora de la calidad de la atención médica y el cumplimiento de regulaciones y estándares de privacidad de datos.

En última instancia, la labor del auxiliar administrativo en el Departamento de Estadísticas Hospitalarias tiene un impacto directo en la calidad de la atención al paciente, la eficiencia de los servicios de salud y la capacidad del hospital para cumplir con los estándares y regulaciones del sector. Su contribución es esencial para el funcionamiento exitoso de cualquier institución de atención médica y para la mejora continua de los servicios de salud.

6 Bibliografía

1. <https://www.formacionalcala.com/articulos/113/funciones-del-auxiliar-administrativo-sanitario>
2. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/organizacionAdministrativa05.pdf>
3. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1199/42044.pdf?sequence=1>

Capítulo 413

FUNCIÓN DEL CELADOR EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA Y NEONATOS.

PEDRO ROMERO MARTIN

SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ

MARIA FROILAN

SERGIO HERNÁNDEZ MARTÍN

MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS

1 Introducción

La labor del celador en la planta de pediatría y neonatos es fundamental para el bienestar de los niños enfermos. Este personal sanitario, muchas veces, es el primer contacto que tiene el paciente y su familia con el hospital y su función principal es la de acompañar y asistir en el cuidado de los niños ingresados. El celador no solo es el encargado de transportar a los pequeños pacientes de un lugar a otro, sino que también es un apoyo emocional para ellos y sus familiares. El trato que el celador tiene con los niños enfermos es fundamental para garantizar un ambiente de confianza y seguridad, especialmente en un entorno que puede ser abrumador para los pacientes más jóvenes y sus familias. El objetivo principal del celador es proporcionar un trato humanizado, respetuoso y cercano que permita al niño enfermo sentirse cómodo y seguro, y que le ayude a sobrellevar la situación.

En este sentido, el papel del celador en la planta de pediatría y neonatos es clave para el bienestar emocional y psicológico de los pacientes, y su trabajo es fundamental para el correcto funcionamiento del hospital en su conjunto. En las próximas líneas, profundizaremos en las funciones y responsabilidades que tiene el celador en la planta de pediatría y neonatos, así como la importancia que tiene su labor para la recuperación de los niños enfermos.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones y el papel fundamental del profesional de celador en el contexto hospitalario en el servicio de pediatría y neonatos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El trabajo del celador en la planta de pediatría y neonatos implica una serie de actuaciones y funciones que son vitales para el cuidado y bienestar de los niños enfermos. A continuación, se detallan algunas de las más importantes:

- Acompañamiento y transporte de pacientes: Una de las funciones principales del celador en pediatría es el acompañamiento y transporte de pacientes. El celador debe asegurarse de que los pacientes sean trasladados de manera segura y eficiente de una zona del hospital a otra, ya sea para someterse a pruebas médicas o para ser trasladados a otro servicio. Además, debe estar presente para apoyar al paciente y su familia en el proceso.
- Asistencia en la realización de actividades diarias: El celador también debe prestar asistencia en las actividades diarias de los pacientes, tales como el aseo, la alimentación y el cambio de pañales. Es importante que el celador realice estas tareas de manera cuidadosa y delicada, teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada paciente.

- Mantenimiento del orden y limpieza: La planta de pediatría debe ser un ambiente limpio y ordenado, por lo que el celador tiene la tarea de mantener la limpieza y el orden en la zona. Esto implica la realización de tareas de limpieza, el lavado y esterilización de material y equipos médicos, y la reposición de suministros.
- Soporte emocional: El celador debe brindar un soporte emocional constante a los pacientes y sus familias. Esto puede incluir ofrecer una escucha activa, proporcionar información sobre el proceso de tratamiento y brindar consuelo y apoyo en momentos difíciles.

La labor del celador en la planta de pediatría y neonatos es fundamental para el bienestar emocional y físico de los niños enfermos. El trabajo del celador no solo se enfoca en el transporte y la asistencia diaria de los pacientes, sino que también tiene un importante componente de apoyo emocional y psicológico. Es vital que los pacientes se sientan acompañados, seguros y cómodos durante su estancia en el hospital, y la labor del celador juega un papel fundamental en lograr este objetivo.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, tras la realización del estudio que hemos expuesto, resaltar que el trabajo del celador es a la vez que bonito, muy delicado por el hecho de trabajar con niños. El trabajo del celador en la planta de pediatría y neonatos es una labor vital e indispensable en el cuidado de los niños enfermos. Las funciones y actuaciones que llevan a cabo son fundamentales para el correcto funcionamiento del hospital y para el bienestar emocional y físico de los pacientes. Es importante reconocer la importancia del trabajo del celador en el cuidado pediátrico y brindar el apoyo y reconocimiento que merecen.

6 Bibliografía

1. Ayuso M. La labor del celador en la atención pediátrica. Rev Enferm Comunitaria [Internet]. 2018 [acceso 1 de marzo de 2023]; 14(3):7-11. Disponible en: <https://www.index-f.com/comunitaria/v14n3/12614.php>.
2. García D, García MA, Morales J, Torres A. La importancia del celador en la atención pediátrica. Revista Española de Enfermería [Internet]. 2015 [acceso 1 de marzo de 2023]; 87(9):514.

Capítulo 414

ACTUACIÓN Y FUNCIONES DEL CELADOR ANTE UNA EMERGENCIA

PEDRO ROMERO MARTIN

SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ

MARIA FROILAN

SERGIO HERNÁNDEZ MARTÍN

MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS

1 Introducción

En hospitales, así como en otras estructuras, incluidos hogares, fábricas, etc. Pueden ocurrir emergencias de todos los tamaños, incluidos terremotos, inundaciones e incendios. Cada empleado de estos hospitales debe estar preparado para estas circunstancias.

Para reaccionar de forma rápida y adecuada y reducir los daños tanto personales como materiales, debe conocer el plan de emergencia y evacuación.

Las actividades necesarias para disponer de este Plan de Autoprotección se recogen en el Anexo I del Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección (NBA). Estas actividades se enmarcan en las categorías de salud que se especifican en este decreto.

“Establecimientos de uso sanitario en los que se preste atención médica en régimen de hospitalización y/o tratamiento intensivo o quirúrgico, con una disponibilidad igual o superior a 200 camas; y cualquier otro establecimiento de uso

sanitario que tenga una altura de evacuación igual o superior de 28 m, o una ocupación igual o superior a 2.000 personas”.

Las medidas frente a accidentes-emergencias son: prevención, protección y reparación, siendo la prevención una de las más importantes, ya que se trata de evitar que estos accidentes sucedan, si no es posible evitarlos, debemos intentar que el daño sea lo más pequeño como sea posible.

2 Objetivos

- Exponer las personas y equipos que intervienen en una emergencia, las actitudes a adoptar ante una emergencia así como los métodos de traslado.
- Exponer la actuación de un celador en un plan de catástrofes.

3 Metodología

Para hacer el presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación la cual consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 persona a cargo de las emergencias tiene la mayor responsabilidad.
- Jefe de intervención: la persona responsable de proporcionar liderazgo y coordinación.
- Equipos de primeros auxilios: Grupos formados por al menos dos personas que actúan con rapidez para atender las emergencias y frenar su propagación.
- Dos o más personas capacitadas y organizadas conformarán los equipos de emergencia.

Se debe considerar el tipo de fuego, eléctrico o químico. Debes conocer los diferentes tipos de fuego y qué extintor sería el mejor en cada situación, porque esto es crucial a la hora de intentar apagar un incendio porque, en caso de que nos equivoquemos en ese momento, podríamos avivar el fuego y crear un fuego mucho más grande y peligroso.

Las principales sugerencias para la prevención de incendios son:

- Mantenga su lugar de trabajo limpio y ordenado.

- No Fumar.
- Evitar utilizar cables pelados y enchufes múltiples, sobrecargar las instalaciones eléctricas y realizar conexiones improvisadas.
- Evite apilar materiales combustibles (como papel y cartón) juntos. (estufas, calentadores, etc.) cerca de fuentes de calor.
- Tenga cuidado al manipular productos químicos para evitar la acumulación de vapor.
- Mantenga siempre los frascos y recipientes cerrados.
- Ventile los espacios cerrados mientras estén en uso.
- Conservar solo lo necesario.

Si observa una acumulación de vapores en el trabajo (gas, olores químicos, etc., etc.), siga los consejos que se dan a continuación:

- No encienda ninguna luz, maquinaria, etc.
- Deje entrar aire fresco abriendo las ventanas.
- Asegurar la entrada de gas, contenedores de productos químicos, etc.
- Decirlo al gerente.

En el caso de que los equipos de primera intervención no pudieran controlar la emergencia, los equipos de segunda intervención fueron los encargados de actuar.

Cuando sea necesario, asistirán a los Servicios de Ayuda Exterior.

Se denominan equipos de alarma y evacuación a los equipos encargados de asegurarse de que se ha dado la alarma y de garantizar una evacuación completa y ordenada del centro.

- Equipos de primeros auxilios: Personal cuyo trabajo es atender a las víctimas de accidentes hasta que llegue la asistencia externa.

La coordinación de todos los equipos se realiza en el centro de control y comunicaciones.

- Lugares de reunión: Una vez finalizada la evacuación, los empleados deberán congregarse en estos lugares fuera del edificio.
- Equipos de apoyo: Individuos encargados de brindar asistencia según sea necesario.
- Señal de habitación dañada: Indicación de que una situación es urgente en algún lugar.

Medidas de emergencia a tomar.

Una de las emergencias más frecuentes es el fuego. El acrónimo RACE (Rescate, Assess, Coordinate, Evacuate) resume el plan general de actuación a seguir en caso de incendio.

Extinción, Alarma y Segmentación.

Rescate: Las personas que se encuentren en grave peligro deben ser rescatadas. Si acudir al rescate nos pone en grave peligro, no lo haremos.

- Alarma: Debemos alertar a los compañeros de trabajo y al Jefe de Emergencias para que se activen los mecanismos de actuación adecuados.
- Compartimentación: Para evitar que el fuego se propague, haremos cerrar todas las puertas y ventanas.
- Extinción: Una vez realizados los procedimientos anteriores, se intentará apagar cualquier incendio que se haya podido iniciar.

Estrategias de transferencia.

- Evacuación horizontal: Este tipo de evacuación se produce dentro de la misma planta.

- Una evacuación vertical incluye el paso de una planta a otra o al exterior.

La acción horizontal es la más adecuada en un hospital; la acción vertical solo debe usarse como último recurso porque lleva mucho tiempo completarla en un hospital debido a las características de los pacientes.

El siguiente será el orden de evacuación:.

- Pacientes confiables y moderadamente cálidos.
- Pacientes inválidos que se encuentren más alejados de la puerta de salida.
- Los pacientes discapacitados que se encuentren cerca de la puerta de salida.

Las siguientes son las técnicas para mover pacientes:.

- Por elevación: son las más rápidas, no requieren mucho esfuerzo y son sencillas de utilizar.

Es una buena idea tener un plan de respaldo en caso de que el plan de respaldo falle. Los tiraremos de las muñecas, debajo de los brazos o con la ayuda de una manta.

- Por arrastre indirecto con una silla: estas técnicas son rápidas y cómodas para el paciente, pero suelen ser ineficaces para la evacuación vertical.
- Arrastrando un colchón: estos métodos requieren mucho esfuerzo físico y son físicamente exigentes, pero son seguros y cómodos. También son muy lentos y complicados.
- Los bebés y niños pequeños pueden ser evacuados en parejas, en brazos del personal médico o en cunas.

Las acciones del alcaide antes de un plan de desastre.

En esta situación, las funciones del guardián serán:.

- Vigilantes y participantes en el segundo equipo de intervención: Acumulen todos los datos que puedan sobre la emergencia. Tan pronto como el Jefe de Intervención dé el visto bueno, toma el equipo necesario, dirígete al lugar de la emergencia y ataca el fuego.

- El Jefe de Personal Junior supervisará las funciones de los guardias restantes, que incluyen lo siguiente:

Los ascensores de la planta baja deben estar parados.

Haz elevadores de cama con ascensores.

Proporcione un protector para ser utilizado desde el interior de cada ascensor.

Siempre que el uso de la carretilla elevadora de cocina lo permita, dejar que la utilicen únicamente los equipos de intervención.

Asigne a dos miembros del personal a la sala de emergencias para que ayuden a trasladar a los pacientes que llegan por las escaleras cercanas y a retirar a los que llegan por el ascensor.

Cerrar las puertas y ventanas, etc. de las dependencias, servicios y almacenes.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo y es que a través de este capítulo hemos podido constatar la importancia de conocer a fondo el protocolo de emergencia, para saber qué debemos hacer, qué es lo correcto y en qué orden de importancia.

Se han identificado los encargados de cada tarea de respuesta de emergencia, incluida la que debe realizar un ordenanza.

En estas circunstancias, la responsabilidad del vigilante, junto con la del resto del personal, es crucial. Sería crucial, en mi opinión, brindar capacitación y asegurarse de que todo el personal conozca el procedimiento para que cualquier emergencia pueda ser manejada para evitar pérdidas humanas y materiales.

6 Bibliografía

1. <http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/March2019/xgH80pqsFPuu2QfxmtbP.pdf>.
2. <https://www.ispasturias.es/wp-content/uploads/2019/05/Plan-deautoprotecci%C3%B3n.pdf>.
3. https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_11.pdf.
4. <https://cvpepemoreno.files.wordpress.com/2011/11/tema-145.pdf>.

Capítulo 415

EL CELADOR EN MORTURIOS Y SALAS DE AUTOPSIAS

PEDRO ROMERO MARTIN

SAGRARIO SÁNCHEZ MUÑOZ

MARIA FROILAN

SERGIO HERNÁNDEZ MARTÍN

MARÍA DEL SALOBRAR BENÍTEZ SANTOS

1 Introducción

El Estatuto de Personal no Sanitario, en su artículo 14.2 recoge que "los celadores ayudarán a enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario".

El amortajamiento del cadáver es la preparación del cuerpo para su traslado al mortuario. Durante este proceso el celador estará presente para colaborar movilizándolo el cadáver, pero no tendrá una responsabilidad propia. No obstante, es importante conocer el proceso para actuar de forma adecuada.

En primer lugar, y tras la verificación del exitus por parte de un médico, los acompañantes de la persona fallecida deben abandonar la habitación. Todo debe desempeñarse garantizando la intimidad, por lo que si fuera necesario se colocarán cortinas o biombos para evitar la visualización por parte del compañero de habitación. A continuación se retirarán catéteres, sondas y demás objetos personales. Las pertenencias deben entregarse posteriormente a la familia. Y una

vez que el cadáver está libre de dispositivos, se procederá al aseo. Se taponarán orificios para evitar la salida de secreciones o sangre al exterior, se cerrarán boca y ojos y el cadáver se introducirá en un sudario en el que deben figurar datos para su identificación. Para su traslado además se cubrirá el cuerpo con una sábana. Una vez concluida toda la fase anterior se procede al traslado del cuerpo al mortuario. Este proceso compete ya propiamente al celador al igual que los demás traslados intrahospitalarios. El cadáver se trasladará en una cama o camilla protegida con una sábana y a su vez cubierta. El traslado ideal debe ser discreto y rápido, evitando en la medida de lo posible ser visto por familiares de la persona difunta, así como por otros pacientes.

2 Objetivos

- Describir la actuación y funciones de la figura del celador en mortuarios y en la sala de autopsias.
- Enumerar las medidas de prevención existentes en esta área hospitalaria para trabajar con seguridad.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente mediante búsquedas en bases de datos con una combinación de las siguientes palabras clave: "celador", "personal no sanitario", "autopsia", "mortuario".

Debido a la escasez de resultados no se aplicaron criterios específicos de exclusión y se aceptó cualquier tipo de documento disponible.

4 Resultados

En el mortuario, el celador procede a colocar el cadáver en la cámara frigorífica. La colocación debe ser con la cabeza hacia la puerta de la cámara y siempre deberá quedar debidamente identificado. La cámara de refrigeración tiene que encontrarse en unas condiciones óptimas de temperatura (desde -2 °C a 5 °C) y con el interior cubierto de material impermeable. Si todo se encuentra en las condiciones establecidas, el celador depositará el cuerpo (salvo que estén esperando la recepción del cadáver para su autopsia inminente) y regresará a su puesto. En la sala de autopsias desempeña labores de asistencia al personal facultativo.

Lo primero será trasladar al cadáver desde la cámara frigorífica hasta la mesa de autopsias. Estas mesas deben ser de amplia superficie, elaboradas en acero inoxidable y encontrarse bien iluminadas. En esta localización, el celador coloca el cuerpo en decúbito supino y lo desamortaja. Estará presente durante toda la autopsia para realizar los movimientos necesarios y además, auxiliará al personal facultativo en prácticas exentas de uso instrumental (anotaciones, almacenamiento de restos, pesaje de órganos etc.)

Concluida la autopsia y con independencia del sexo del paciente procederá al aseo, amortajamiento y traslado nuevamente al mortuario. Asimismo recae sobre la figura del celador la limpieza de la sala, el material y la mesa. Cuando toda actividad de sala de autopsias está hecha, se hará cargo de las muestras.

Para desempeñar todas las labores anteriormente descritas garantizando las condiciones máximas de seguridad, hay una serie de medidas de prevención que el celador debe conocer para realizar su trabajo en mortuarios y salas de autopsias:

1. Guantes: preferentemente de látex y desechables. Es un elemento barrera indispensable en este servicio y han de ponerse siempre que se vaya a estar en contacto con fluidos y sangre y también durante el proceso de limpieza de los instrumentos utilizados en la autopsia.
2. Bata: habitualmente de un único uso e impermeables para evitar que el tronco y las extremidades puedan salpicarse con contenido biológico.
3. Gafas y mascarillas: las gafas desempeñan la misma función que la bata y las mascarillas previenen potenciales infecciones de índole respiratoria. Si se conoce la circunstancia de antemano, se recomienda usar las de alta resolución.

5 Discusión-Conclusión

El equipamiento de una sala de autopsias es diferente y específico. Existen instrumentales destinados a seccionar diversas estructuras humanas, así como instrumentos de medición, sutura o prensa que no se utilizan en otros servicios y todo ello acarrea competencias nuevas para el celador que no realiza en otras ubicaciones del hospital.

Es indispensable el uso de ropa protectora como gorro, bata, gafas, mascarilla y guantes para llevar a cabo el trabajo en unas condiciones máximas de seguridad y por consiguiente se hace imprescindible conocer la pauta de actuación en caso de exposición accidental a algún fluido corporal procedente del cadáver.

6 Bibliografía

1. Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com. de Salud, F. D. S. G., & de Salud, F. S. A. (2006). Temario Específico. Editorial MAD, 1, 294.
2. Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital

Capítulo 416

ACTUACIONES DEL CELADOR DE URGENCIAS EN EL BOX VITAL

ANA ELVIRA ROBLES

OSCAR GARCIA LEON

1 Introducción

Las urgencias hospitalarias se encuentran divididas en cuatro áreas o servicios destinados a atender diferentes necesidades en función de las patologías de los pacientes enfermos. Entre estas áreas se encuentran: el área de boxes, área de especialidades, observación y área de servicio de las urgencias pediátricas. Del mismo modo, dentro de los boxes de las urgencias hospitalarias se cuenta con un box vital, que alberga las necesidades de emergencia y da prioridad a aquellos pacientes que se encuentran en un estado de gravedad elevado.

Así, el box vital debe ser un espacio limpio y ordenado, que permita al personal sanitario, entre los que se encuentran médicos, auxiliares de enfermería y enfermeros, y no sanitarios, ensalzando el papel de los celadores que deben actuar con rapidez tanto en el traslado y colocación del enfermo encamado, así como todas las intervenciones que se van a realizar sobre él.

Por ello, durante el próximo trabajo, se van a desarrollar y conocer las tareas, funciones y actuaciones que desempeñan los celadores en el box vital de las urgencias hospitalarias, siendo esta una labor esencial en la figura del celador, puesto que se trata de un hecho que debe realizarse de la manera más limpia y rápida posible.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que lleva el celador en la atención al paciente del box vital.
- Desarrollar las tareas del celador en los boxes de las urgencias hospitalarias.

3 Metodología

El desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo a través de una intensiva búsqueda de información por medio de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros; y, además, teniendo en cuenta numerosas revistas y libros científico-sanitario, con el objetivo de dotar de mayor fiabilidad y veracidad a los resultados mostrados en este trabajo.

4 Resultados

El paciente ingresado en alguna de las áreas del servicio de urgencias hospitalarias ha entrado en parada cardiorrespiratorio, inmediatamente se le traslada para su atención al box vital. El traslado del paciente es realizado por el celador destinado en el área del paciente, que puede ser, boxes, especialidades, observación o incluso que venga ya en un estado crítico desde su casa en la uvi móvil, en cuyo caso, pasa el celador de puertas con los servicios médicos. El enfermo se encuentra ya colocado y acomodado en una de las camillas del box vital, función de transferencia y acomodo, que ha realizado, ya el celador de box vital, encargado del mismo, y está siendo atendido por el personal médico y de enfermería, mientras el celador, apartado del grupo, espera, órdenes. El celador en el box vital es mandado a al servicio de farmacia para la recogida de un medicamento necesario para el paciente, la atropina, acción que el celador realiza con la máxima diligencia y rapidez.

Es necesario la intervención del celador porque se le pide que le suba el cabecero de la camilla al paciente, para colocarlo en posición de semisentado, porque se trata de un paciente con problemas cardíacos, y esta posición permite una respiración más fluida. El manejo de la camilla es función del celador, que conoce los mecanismos y palancas para realizar tal maniobra.

La situación ha sido controlada por el personal sanitario, pero el paciente necesita la realización de un tac urgente. El celador realiza, junto con el médico y la enfermera, el traslado hasta la sala de la prueba correspondiente. Al regreso el celador acomoda de nuevo al paciente y frena la camilla, esperando nuevas indicaciones. El paciente está estable y la situación ha sido controlada, pero es

necesario esperar la evolución del mismo. El celador es requerido para trasladar al paciente a la unidad de observación de urgencias, donde se le mantendrá el tiempo necesario para observar cómo evoluciona. En la unidad de observación el celador de box vital colabora con su compañero en la transferencia desde la camilla del box vital a la cama de observación, tras lo cual, regresa al box vital a colocar la camilla en su ubicación original, dejando, la altura de la misma, casi a ras del suelo, para facilitar su limpieza por el servicio encargado de la misma.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se destaca la figura de los celadores en el área de boxes de las urgencias hospitalarias, destacando, sobre todo, la participación del celador en el box vital, ya que gracias al desempeño de sus tareas, se consigue actuar con la mayor rapidez ante una situación de gravedad y de alerta, cumpliendo así todas sus funciones ante una situación extrema.

Por tanto, el celador es un pilar fundamental de apoyo, colaboración y cooperación con todo el personal médico y sanitario en el box vital, cuyo desempeño en sus funciones facilita que se logre un correcto funcionamiento en el box vital.

6 Bibliografía

1. El celador en las urgencias hospitalarias. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. Funciones del celador en el BOX vital. Disponible en: <https://congresoiscepa.com>

Capítulo 417

¿CUÁLES SON LAS TAREAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI)?

OSCAR GARCIA LEON

ANA ELVIRA ROBLES

1 Introducción

En el centro hospitalario se pueden diferenciar dos áreas o servicios que presentan características y funcionalidades parejas. Se trata de la atención y operaciones quirúrgicas a pacientes programados. Por un lado, se cuenta con el quirófano, destinado a atender y realizar operaciones de todo tipo: fracturas, caderas, dermatológicas, digestivas, entre otras, a pacientes que se encuentran hospitalizados en las plantas del centro hospitalario. Por otro lado, se cuenta también con la Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI), que atiende operaciones de menor gravedad a pacientes que no se encuentran hospitalizados.

La UCSI se compone por un gran equipo de personal sanitario destacando enfermería y auxiliares de enfermería. Además, se cuenta con personal no sanitario, es decir, la figura de los celadores, que llevan a cabo un papel fundamental en el servicio, ya que prácticamente todas las intervenciones que se llevan a cabo con los pacientes, pasan previamente por alguna de las tareas realizadas por los celadores de dicha unidad.

Por tanto, durante el próximo trabajo se van a desarrollar y conocer las tareas, funciones y actuaciones desempeñadas por los celadores en la UCSI, conociendo así los protocolos de actuación que realizan los celadores en la previa a las operaciones y en las tareas realizadas posteriormente.

2 Objetivos

-Dar a conocer las funciones que llevan a cabo los celadores en la UCSI.

3 Metodología

El desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo a través de una intensiva búsqueda de información por medio de diferentes buscadores, como Pubmed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros; y, además, teniendo en cuenta numerosas revistas y libros científico-sanitario, con el objetivo de dotar de mayor fiabilidad y veracidad a los resultados mostrados en este trabajo.

4 Resultados

A continuación, se expresan las tareas y labores que lleva a cabo el celador de la Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI)

Al comienzo del día, el celador de la UCSI debe bajar el carro con los elementos de esterilización que han sido utilizados por parte del equipo médico en la tarde del día anterior. En este sentido, el celador baja el carro al área de esterilización y recoge todos los enseres que se encuentren en el área para el servicio de UCSI. Algunos de los pacientes que tienen operaciones programadas y que se encuentran en alguna de las plantas de hospitalización, el celador se encarga de ir a la habitación a por ellos. En este caso, el celador debe llevar una bala de oxígeno y la carpeta con los datos del paciente que, una vez lleve al paciente a la UCSI, hace entrega al personal de enfermería de dicha carpeta.

El celador de la UCSI también se encarga de recoger todo pedido de medicamentos en la farmacia del hospital que sea encomendado por el personal de enfermería.

Por otro lado, en la UCSI también se cuenta con un carrito que hay que llevar a analizar a anatomía patológica. Así, existe un protocolo para destinar este carro a anatomía, que ha de ser llevado en un horario en concreto. Junto con el carro, el celador debe llevar un libro de registro con los elementos y muestras que lleva consigo, que entrega en anatomía y que, posteriormente, debe traerse consigo junto con el carro vacío.

También debe bajar el carro con los sacos de ropa sucia que han sido utilizados durante la jornada. De este modo, el celador acude al servicio de lencería y deja el carro con los sacos de ropa usados y debe coger un carro vacío que es colocado en reposición del anterior.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, destacar la importancia que tienen los celadores en la Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI) ya que los desarrollos de sus funciones son vitales para el correcto funcionamiento interno y diario del servicio.

Además, gracias a la participación en el desarrollo de las funciones y tareas del celador se consigue ofrecer a los pacientes una sanidad de calidad, siendo un pilar fundamental en el servicio, puesto que la mayor parte de las tareas desempeñadas por parte del personal sanitario recaen previamente, en la correcta actuación del celador.

Por tanto, se ensalza la figura del celador en la UCSI como personal fundamental de colaboración y cooperación con todo el personal médico y sanitario que trabaja en la atención a los pacientes en dicho servicio.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en la UCSI. Disponible en: <https://revistamedica.com>
2. El celador y sus funciones en la unidad de cirugía sin ingreso. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>

Capítulo 418

EL CELADOR Y SUS COMETIDOS EN LAS EN CONSULTAS EXTERNAS DE LOS CENTROS SANITARIOS

LORENA SEGUIDO PANTOJA

PABLO HERRERO POZUELO

ANA BELÉN RODRÍGUEZ IMBERNON

DIANA CRISTINA GARZON CORTES

JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO

1 Introducción

Las consultas externas se pueden definir como aquellas consultas en las que un paciente recibe un procedimiento médico para diagnosticarlo, tratarlo o revisarlo fuera del ámbito hospitalario. Cada consulta hace referencia a cada una de las especialidades médicas reconocidas.

Por lo tanto se trata de uno de los departamentos del hospital que tiene como objetivo realizar procedimientos, técnicas y pruebas complementarias y juegan un papel esencial en el campo sanitario

Muchos pacientes que reciben atención especializada utilizan con frecuencia esta vía de acceso.

Allí se deriva a los pacientes que necesitan atención especializada desde los centros de salud.

Las personas que no están ingresadas pero requieren tratamiento o control de su patología acuden al servicio de Consultas externas del hospital, que incluye una variedad de especialidades que incluyen cirugía, traumatología, obstetricia, urología y medicina interna, entre otras.

Las funciones principales del celador durante las consultas ambulatorias son ayudar a otros profesionales, como médicos y personal de enfermería.

Junto con sus responsabilidades generales de vigilancia, apertura y cierre de instalaciones, y mantenimiento del orden asegurando que los pacientes y sus acompañantes sigan las reglas del centro, etc., tiene deberes específicos dentro de este servicio sanitario.

Podemos categorizar estas funciones en función del tipo de función que realizan para poder desarrollarlas.

2 Objetivos

Enumerar las diferentes funciones del celador en el área de consultas externas de un centro hospitalario y conocer se organiza el área de consultas externas del hospital.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda en principales artículos y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave :celador- consultas externas-paciente

4 Resultados

Los cometidos del celador en las consultas externas de los centros hospitalarios incluyen las siguientes tareas:

- Trasladar a los pacientes que tienen que recibir consulta y las historias clínicas de los mismos, junto con el resto de la documentación solicitada por el equipo médico.

Cuando las personas requieran asistencia, deberán ser trasladadas a consultas. Cuando los pacientes no puedan hacerlo, deberán ayudarlos a vestirse y desvestirse, subirse y bajarse de la mesa de exploración y realizar todas las demás tareas necesarias.

- Asegurarse de que los pacientes y sus familiares actúen adecuadamente y no molesten al resto de usuarios.
- Informar a los pacientes y acompañantes : deberá informar a los usuarios del lugar, fecha y hora de las consultas.
- Mantener el orden en las consultas: Es responsable de mantener el área de la clínica ambulatoria limpia y en buen estado de funcionamiento.
- Cuando se le solicite, deberá colaborar con los profesionales médicos en la realización de intervenciones o tratamientos menores.
- Deberán asistir a técnicos especialistas en la realización de placas con materiales portátiles, que habrán transportado previamente y luego tendrán que devolver a su lugar de origen.
- Mantenimiento de la consulta: Debe asegurarse de que las consultas tengan todo lo necesario para funcionar sin problemas, incluido un carrito de tratamiento, talonarios de recetas, folletos, ropa limpia para la camilla y equipo.
- Reemplazar el material esterilizado por material nuevo.
- Se asegurará de que los registros médicos estén correctamente organizados y en el orden correcto, ahorrando tiempo a los trabajadores sanitarios a la hora de realizar búsquedas.
- Las restantes funciones generales de los celadores, tales como abrir y cerrar las habitaciones, alertar a sus superiores de los daños de los que sean responsables y realizar las funciones de vigilante en los centros hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores del servicio de consultas externas estarán a cargo y utilizarán un teléfono buscapersonas porque pueden ser necesarios en todo momento durante su horario laboral por diversos motivos, como ayudar en la movilización del paciente o trasladar historias clínicas. Los celadores suelen tener tendencia a trabajar en equipo, custodiando todos los materiales y trámites que reúnen a lo largo del día y organizándolos al final del día para su envío conjunto, incluyendo todo lo producido en diversas consultas. Para que el servicio funcione correctamente y sin contratiempos, el trabajo del celador en la zona de consultas externas debe coordinarse con el del resto de profesionales.

6 Bibliografía

www.revistamedica.com.

Capítulo 419

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: PARTES DE UNA COCINA Y LA FUNCIÓN DEL PINCHE EN CADA UNA DE ELLAS

SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ

VICTOR SANTOS PLASENCIA

LAALIA ROUAB PIQUERAS

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN

1 Introducción

La nutrición del paciente es uno de los elementos más cruciales para mejorar su condición mientras está en el hospital. El endocrinólogo prepara dietas tanto regulares como especiales.

Algunos pacientes deben seguir dietas muy específicas debido a sus problemas de salud, alergias, cultura o hábitos alimentarios.

Todas estas dietas se elaboran en la cocina del hospital, donde el Pinche de Cocina Hospitalaria trabaja junto a los chefs para prestar este servicio. También ha entregado y distribuido comidas listas para comer en el hospital.

En conclusión, el pinche de cocina del hospital es el encargado de preparar, emplatar y entregar las comidas a los pinches de piso para que puedan ser entregadas a cada paciente que está siendo atendido en el hospital.

Además, es el encargado de limpiar todas las herramientas y útiles utilizados en el trabajo, así como los equipos necesarios para el mismo y las bandejas y platos que se recogieron después de las comidas, de los pisos del hospital.

Pero hacen mucho más que trabajar en la cocina. Las oficinas de cada piso, que constan de un espacio con refrigerador, gabinetes, fregadero y fuente de agua, así como cualquier alimento adicional que requiera el enfermo, también deben estar ordenadas, limpias y abastecidas con el alimento extra. Que exigen los acuerdos entre la prestación de servicios hospitalarios y la cocina.

2 Objetivos

- Informar sobre los componentes de la cocina y las tareas que debe realizar en cada uno de ellos para poder desempeñar sus funciones 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 pinches de cocina de un hospital deben comprender las divisiones de la cocina en sus distintos componentes. La siguiente es una lista de estos componentes. Las verduras, la carne, el pescado y otros ingredientes se guardan en habitaciones separadas.

El personal de este establecimiento saca los alimentos directamente del almacén, los desenvaina, los lava y los corta en las formas adecuadas para su elaboración siguiendo las instrucciones del chef. El pinche también es el encargado de mantener estos espacios limpios y en buen estado de funcionamiento de todos los equipos que en ellos se utilizan.

Es fundamental recordar que nunca se debe introducir ningún tipo de producto en una habitación que no esté destinada a ello ni cambiar de una habitación a otra sin tomar las precauciones necesarias para evitar la contaminación cruzada.

- Zona de preparación: Aquí encontrarás todos los electrodomésticos necesarios para preparar alimentos dietéticos, incluidos fogones, freidora, olla basculante, plancha basculante, plancha fija, etc.

Después de ser preparadas en las salas anteriores, las materias primas serán trasladados a esta sala para su procesamiento. El pinche es responsable de limpiar la cocina una vez finalizada la cocción, incluidos los utensilios que se utilizaron.

- Plunge: Se trata de una zona de cocina con lavavajillas y fregaderos para lavar los utensilios de cocina. Tras el uso de las ollas, sartenes, espumaderas, cucharones, etc. se colocan en las estanterías para el siguiente turno tras ser meticulosamente limpiados.

- Sala de dietas especiales: Esta sala es crucial. Aquí solo se preparan dietas para personas con intolerancias o alergias, y se cocinan con utensilios especiales y distintivos.

- Zona de emplatado: cinta mecánica deslizante sobre la que se sirven los platos a modo de cadena junto con el pan, agua, postres y cubiertos en una bandeja. Cada bandeja tiene una etiqueta con el nombre del paciente, su número de piso y habitación, su dieta y el detalle de las comidas que se prepararán a partir de ella.

- Zona de carros: espacio donde se guardan los carros que se utilizan para trasladar las bandejas a las plantas del hospital. Después del emplatado, las bandejas se disponen ordenadamente en los carros, llevando cada carro el nombre del servicio hospitalario y la planta a la que está destinado.

- Zona de lavado de platos: Tras la comida del paciente y la retirada de la bandeja de la habitación, todo se lleva de nuevo a la cocina donde se desmontan la vajilla y los cubiertos de las bandejas y se introducen en el lavavajillas.

Se retiran y se colocan en el contenedor para reciclaje todos los artículos de un solo uso, incluidas las servilletas y los contenedores de un solo uso. Los restos de comida se desechan en el bote de basura o en el triturador de basura.

El pinche a cargo de este puesto debe retirar los platos y cubiertos del tren de lavado una vez finalizado este y colocarlos en su lugar de almacenamiento adecuado, ya que los detergentes y las altas temperaturas utilizadas en el proceso ayudaron a que los artículos salieran limpios y desinfectados.

- Zona de lavado de coches: los coches son transportados a esta zona, donde los pinches se encargan de limpiarlos, una vez retiradas todas las bandejas para limpiarlos y desechar los restos. Deben estar familiarizados con los componentes desmontables de los carritos para poder realizar sus funciones de forma eficaz y

evitar que queden restos de comida puede contaminar las comidas servidas durante el siguiente turno de comida.

5 Discusión-Conclusión

El pinche de cocina hospitalario que trabaja allí necesita conocer cada zona de la cocina, las tareas que allí se deben realizar y todos los requisitos higiénico-sanitarios que conlleva su puesto de trabajo.

Los cocineros, nutricionistas, institutrices y otros deben desempeñar sus responsabilidades de acuerdo con las directivas de sus superiores.

Además, se encarga de la limpieza y mantenimiento de las oficinas que allí se encuentran, así como de la entrega de alimentos a los pisos de hospitalización cada uno de ellos.

Cada tarea tiene un tiempo de finalización determinado porque cada jornada de trabajo está meticulosamente planificada para garantizar que se completen todas las tareas requeridas y que el paciente reciba su dieta en perfectas condiciones y en los horarios precisos en los que debe comer.

6 Bibliografía

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

Capítulo 420

EL PINCHE DE COCINA Y LA HIGIENE EN LOS CARROS ISOTÉRMICOS EMPLEADOS EN EL HOSPITAL

SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ

MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

LAALIA ROUAB PIQUERAS

VICTOR SANTOS PLASENCIA

1 Introducción

Además de recibir atención y tratamiento médico, la dieta de un paciente hospitalizado es crucial para su recuperación.

Dado que la mayoría de ellos carecen de apetito debido a la inactividad y problemas de salud, los alimentos deben ser estéticamente atractivos y oler bien para fomentar el consumo.

Dependiendo de la enfermedad del paciente o del curso de tratamiento, las propiedades nutricionales deben ajustarse a su dieta.

Se debe tener cuidado durante la preparación de las materias primas, el procesamiento, el enchapado, el embalaje y el transporte.

Si se ha hecho toda la preparación, pero no la limpieza de los carros isotérmicos donde se transportan las dietas, estos pueden contaminarse con restos de comidas

anteriores y perjudicar la salud de quien las consume, en este caso, el paciente en hospitales.

Para poder limpiar todo el carro con los productos adecuados, el pinche de cocina debe conocer las piezas que componen los carros, así como las partes desmontables y abribles. Dado que las comidas para los pacientes hospitalizados se servirán en el interior, la limpieza interior es casi más crucial que la limpieza exterior.

El Pinche debe tener en cuenta que la partición que separa las partes delantera y trasera del carro, donde también se insertan las bandejas, se puede quitar fácilmente empujando suavemente la pieza de metal hacia adentro y levantándola.

2 Objetivos

- Describir los componentes de un carro isotérmico utilizado en la cocina hospitalaria para el movimiento de dietas, la limpieza de dichos elementos y las piezas desmontables.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 carros isotérmicos del Hospital Universitario de Toledo se utilizan en la cocina para transportar la comida a las plantas de hospitalización, así como para aislar la zona del exterior, asegurando que el paciente recibe su comida a la temperatura adecuada para que se conserven los nutrientes de la comida y que se sigue el protocolo para su elaboración.

Sin embargo, es posible que muchos platos no hayan sido tapados correctamente o que la tapa se mueva durante el transporte, provocando salpicaduras. Los carros cuentan con compartimentos donde se colocan las bandejas de forma individual. El Pinche debe tener en cuenta que la partición que separa las partes delantera y trasera del carro, donde también se insertan las bandejas, se puede quitar fácilmente empujando suavemente la pieza de metal hacia adentro y levantándola.

Lo mismo ocurre con los elementos de separación de cada bandeja, unas guías metálicas por las que se deslizan y que se extraen todos como un solo conjunto. Levantamiento y tracción ligera.

En el carro hay tiras de separación de plástico, ya sea blanca en los carros más grandes con 36 bandejas o azules en los de 24 bandejas. Tirando hacia abajo y hacia afuera, podrás deshacerte de todos ellos.

Hay un espacio de 2 cm entre la pared externa del carro isotérmico y la parte interna. Puedes ver dos abrazaderas que, cuando se presionan hacia abajo, hacen que la pared interior se retraiga, lo que facilita la limpieza de esa zona en particular.

Se limpiará con los productos de limpieza y desinfección adecuados una vez retirados todos los componentes desmontables y reubicado el panel lateral móvil.

Para desempeñar adecuadamente sus funciones y evitar contaminaciones cruzadas o intoxicaciones, el pinche de cocina debe estar capacitado y familiarizado con todo el montaje y extracción de estas piezas.

Se puede tener un cuidado excepcional con las materias primas, el procesamiento, el embalaje y el almacenamiento, pero si el carro de transporte está sucio, puede deshacer todo ese trabajo y dañarlo al paciente que se encuentra hospitalizado.

5 Discusión-Conclusión

La Institución, superior inmediata de los pinches de cocina del hospital, tiene el deber de formarlos para que sean perfectamente capaces de desmontar todas las partes desmontables de los carros isotérmicos, abrir las partes que no se pueden quitar y limpiar el carro tanto por dentro como por fuera. Para que el transporte de las raciones sea seguro tanto en su calidad como en su forma de higiene, previniendo posibles contaminaciones que puedan poner en peligro la salud de los pacientes hospitalizados. Si se consideraran cada paso del proceso de preparación de la dieta, pero no se tuviera precaución durante el transporte, la salud del paciente se vería muy afectada.

6 Bibliografía

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

Capítulo 421

LABORES GENERALES DEL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA

SANTOS CARRASCOSA SANCHEZ

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

MIGUEL ANGEL CARRASCOSA LEÓN

LAALIA ROUAB PIQUERAS

VICTOR SANTOS PLASENCIA

1 Introducción

Las responsabilidades del pinche de cocina son amplias en un entorno hospitalario y son cruciales para garantizar el bienestar y las necesidades dietéticas adecuadas de los pacientes.

Trabajando tanto en el interior de las instalaciones de cocina del hospital como bajo las órdenes del cocinero, así como en la distribución a los distintos servicios, su labor abarca un amplio abanico de tareas y contribuye significativamente al eficaz funcionamiento de todo el sistema hospitalario, como plantas de UCI, servicios de urgencias, plantas de hospitalización, hospitales de día de adultos y pediátricos, servicios de hemodiálisis, servicios de bicicletas, etc. El Responsable de Cocina asignará de forma rotativa a cada pinche tareas específicas dentro de cada planta. Estas tareas variarán dependiendo del ayudante. El trabajo de cocina cubre la necesidad en algunos de los servicios antes mencionados pacientes durante todo el día, como en las plantas de UCI o de hospitalización, pero en otros,

como en el Hospital de Día o en Hemodiálisis, el paciente solo permanece en el hospital unas horas en lugar de pasar la noche allí, lo que se traduce en una reducción del servicio de cocina, que no prestará servicio de cena.

El trabajo del pinche de cocina durante el proceso de cocción es preparar los platos y mezclar los ingredientes de forma estética y armoniosa.

2 Objetivos

Mostrar las funciones y las actuaciones generales de un pinche de cocina de un hospital.

3 Metodología

Para completar este trabajo se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica exhaustiva tanto en libros como en buscadores online y en diversas páginas web donde se trata el tema antes mencionado. Además se ha tenido en cuenta la propia experiencia profesional.

4 Resultados

La tarea de los pinches de cocina es demostrar primero su capacidad para la preparación de alimentos y otras tareas relacionadas con la cocina. Esto implica una limpieza profunda y una organización eficaz de los utensilios mantenerlos en óptimas condiciones de funcionamiento. Además, es el encargado de elegir y preparar los ingredientes, asegurándose de que sean de la más alta calidad y fresca para elaborar platos salados y además nutritivos.

Él o ella también es responsable de asegurarse de que las comidas se sirvan correctamente y de que cada paciente reciba la cantidad adecuada, así como cualquier requisito médico o dietético especial.

Además de estas tareas habituales de cocina, los pinches de cocina colaboran estrechamente con nutricionistas y dietistas para planificar y preparar menús hospitalarios. El objetivo es adaptar la dieta a las necesidades de cada persona de cada paciente, teniendo en cuenta restricciones dietéticas, alergias y condiciones médicas particulares. El pinche garantiza una alimentación equilibrada siguiendo las normas y recomendaciones establecidas, que sea equilibrada y ayude a los pacientes a recuperarse rápidamente.

El trabajo de un pinche de cocina de un hospital también requiere un estricto cumplimiento de las normas y procedimientos de higiene y seguridad alimentaria. Esto implica mantener el área ordenada y organizada, así como seguir los procedimientos necesarios para evitar la contaminación.

A lo largo de Al realizar tareas de cocina, los pinches del hospital también colaboran estrechamente con otros miembros del personal, por lo que deben ser comunicadores competentes.

Para recibir las instrucciones específicas de cada paciente y garantizar una nutrición oportuna de acuerdo con las necesidades y recomendaciones, es fundamental que los cocineros y dietistas trabajen eficazmente con enfermeras y médicos, así como con cocineros y dietistas médico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, hay una variedad de tareas importantes que implica el trabajo del pinche de cocina en la cocina de un hospital. Sus esfuerzos marcan la diferencia directamente a la nutrición adecuada de los pacientes, garantizando que reciban comidas saludables, adaptadas a sus necesidades particulares y preparadas de acuerdo con los más altos estándares de salubridad y seguridad alimentaria. El bienestar y la rápida recuperación de los pacientes hospitalizados se ven muy favorecidos por los ayudantes de cocina, que actúan como un vínculo vital esencial para garantizar el más alto nivel de atención entre el paciente y el personal médico y de enfermería.

6 Bibliografía

- Funciones del pinche de cocina en hospitales: todo lo que debes saber - academidevuelo.es

Capítulo 422

ACTUACIONES DEL CELADOR CON LOS PACIENTES DE BOXES DE URGENCIAS

AMPARO LEAL LARA

GEMA ESTER CHOCANO ALHAMBRA

1 Introducción

En las urgencias hospitalarias se disponen varias áreas dentro de la misma, destinadas cada una de ellas a albergar diferentes necesidades de los pacientes, dependiendo de las patologías que presenten cada uno de ellos. De este modo, se pueden encontrar en las urgencias el área de especialidades, el área de boxes, el área de observación y el área de pediatría. Todas ellas están compuestas por un personal sanitario, personal médico, auxiliares de enfermería y se ensalza el protagonismo de los celadores, que llevan a cabo un papel determinante en la realización de tareas y funciones.

Es por ello, que el celador en cada una de las áreas cumple un rol determinante, ya que son el primer contacto que mantiene un paciente, se encarga de trasladar al mismo a la realización de pruebas, lleva muestras al laboratorio, repone medicación y otros enseres, así como lleva a cabo tareas de cooperación y colaboración con el personal de auxiliar de enfermería, como es el caso de colocación y movilización para aseo, entre otras muchas tareas decisivas para el correcto funcionamiento interno del área.

Por todo lo expuesto anteriormente, durante el próximo capítulo, se van a desarrollar y conocer las tareas, actuaciones y funciones que llevan a cabo los celadores en el área de boxes de las urgencias hospitalarias.

2 Objetivos

- Dar a conocer y desarrollar las tareas que realiza el celador sobre el paciente en los boxes de las urgencias hospitalarias.
- Exponer las funciones que cumple el celador en el servicio de los boxes de urgencias.

3 Metodología

El desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo a través de una intensiva búsqueda de información por medio de diferentes buscadores, como PubMed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros. Además, se han tenido en cuenta numerosas revistas y libros científico-sanitario, con el objetivo de dotar de mayor fiabilidad y veracidad a los resultados mostrados en este trabajo.

4 Resultados

Los celadores en los boxes de las urgencias hospitalarias llevan a cabo multitud de tareas que están relacionadas directamente sobre la atención del paciente y, además, también cumplen labores esenciales para el correcto funcionamiento del servicio. A continuación, se exponen las tareas y actuaciones que llevan a cabo los celadores en dicha área.

Cuando el paciente acude a las urgencias hospitalarias en ambulancia y estos, una vez que pasan el triaje, son derivados a los boxes, el celador debe acompañar a los técnicos sanitarios hasta el box donde va a estar el paciente. El celador debe ayudar a realizar el cambio de camilla haciendo uso del transfer.

Los pacientes de los boxes de las urgencias hospitalarias necesitan en la mayoría de los casos el contraste de información por parte del equipo médico. Se está hablando de la realización de determinadas pruebas fuera del área de boxes. Para ello, se necesita la figura del celador que es quien traslada al paciente hasta dichos servicios. Entre estos se encuentra: radiología, pruebas de neurología, cardiología, oftalmología, etc. así, cuando el celador deba llevar al paciente hasta uno de estos servicios, lo hace trasladando al mismo en su camilla.

Por otro lado, a estos pacientes se les realiza pruebas de análisis de todo tipo: muestras de sangre, pruebas PCR, muestras de orina, sangre, entre otras. Todas ellas, han de ser llevadas al laboratorio para su análisis. El celador toma gran protagonismo en dichas acciones, ya que es él quien debe llevar las pruebas. Para ello, hace uso de guantes desechables y de una batea. Además, debe llevar consigo

un papel de petición de laboratorio, que es entregado de manera simultánea junto con las muestras.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se destaca la importancia de los celadores en el centro hospitalario y, sobre todo, ensalzar la participación y dedicación que desempeñan los celadores en los boxes de las urgencias hospitalarias, ya que con el desarrollo de sus labores y tareas se logra un correcto funcionamiento interno del servicio, en participación y colaboración con todo el personal sanitario que trabaja de manera conjunta.

Por otro lado, el desarrollo de las tareas del celador en la atención, colocación, traslado de paciente, muestras... ofrece a los pacientes una sanidad de calidad, donde el paciente es un eslabón determinante para que estas acciones puedan realizarse de manera diaria.

6 Bibliografía

1. Actuación del celador en el servicio de urgencias. Disponible en: <https://celadoresonline.blogspot.com>.
2. Funciones de un celador en el área de boxes. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

Capítulo 423

EL PAPEL DEL CELADOR CON EL PACIENTE EN LA PLANTA DE DIGESTIVO

GEMA ESTER CHOCANO ALHAMBRA

AMPARO LEAL LARA

1 Introducción

El centro hospitalario se encuentra formado por un conjunto de plantas que alberga necesidades específicas en cada una de ellas. Dentro de las plantas del centro hospitalario se encuentra una destinada a atender las necesidades digestivas de los pacientes enfermos. De este modo, se habla de planta de digestivo a aquella cuya finalidad trata de dar solución y recuperación a diversas patologías derivadas del sistema gástrico en los pacientes, teniendo en cuenta además las posibles infecciones que derivan este tipo de problemas.

Para erradicar dichos problemas, la planta de digestivo cuenta con un gran personal sanitario, destacando enfermeras y auxiliares de enfermería. Por otro lado, cabe destacar la participación de los celadores en dicha planta, ya que el desarrollo de sus funciones no solo se centra en la atención al paciente, sino que lleva a cabo muchas otras de colaboración con el personal sanitario, así como organizativas para un buen funcionamiento de trabajo en la planta.

Por todo ello, durante el próximo trabajo, se van a desarrollar y conocer las tareas, funciones y actuaciones llevadas a cabo por el celador de la planta de digestivo en la atención directa a los pacientes enfermos, así como todo tipo de preparaciones previas que se actúan sobre ellos, destacando la implicación de los mismos dentro de la planta.

2 Objetivos

- Dar a conocer las tareas que lleva a cabo el celador en la planta de digestivo.
- Exponer las funciones del celador con el paciente de planta de digestivo.

3 Metodología

El desarrollo de este trabajo se ha llevado a cabo a través de una intensiva búsqueda de información por medio de diferentes buscadores, como PubMed, Medline, Google académico, Dialnet, entre otros.

Además, se ha tenido en cuenta numerosas revistas y libros científico-sanitario, con el objetivo de dotar de mayor fiabilidad y veracidad a los resultados mostrados en este trabajo.

4 Resultados

A continuación, se exponen las tareas y funciones que lleva a cabo el celador en la planta de digestivo.

En la planta de digestivo los pacientes enfermos, generalmente, se encuentran encamados dadas las patologías que presentan. En la mayoría de los casos, estos tienen la autonomía suficiente para levantarse y poder realizar diversas acciones sobre ellos. Sin embargo, existen algunos que carecen de la misma y que necesitan de la ayuda de los celadores para realizar movilizaciones y colocaciones en la cama.

El celador de la planta de digestivo mantiene un contacto directo y continuo con el paciente, ya que es él quien lo instala en la habitación, quien realiza las colocaciones oportunas y quien traslada al mismo a la realización de las pruebas diagnósticas. En este caso, los pacientes de la planta de digestivo son derivados a la toma de radiografías por parte del celador, es decir, el celador de la planta de digestivo lleva al paciente enfermo hasta el área de rayos, lo coloca en la camilla de rayos y finalmente lo vuelve a instalar en su habitación.

A su vez, los pacientes de la planta de digestivo necesitan de la toma de medicaciones impuestas por el personal médico. Para ello, se necesita de la figura del celador que debe acudir al servicio de farmacia para recoger las medicaciones oportunas. De este modo, el celador baja a la farmacia hospitalaria con el carrito y recoge todas las medicaciones que le hayan sido mandadas. Finalmente, las hace entregar al personal médico.

En cuanto a las colocaciones y movilizaciones, el celador toma un papel de colaboración y cooperación con el resto de auxiliares de enfermería, es decir, ayuda en la movilización, facilitando el trabajo de aseo y limpieza del paciente por parte de las auxiliares.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se afirma que las funciones y las tareas que desempeñan los celadores en la planta de digestivo son vitales para el correcto funcionamiento de la misma.

Además, gracias a la participación del celador en el desarrollo de sus actuaciones ante los pacientes de la planta de digestivo, se logra ofrecer a estos enfermos una sanidad de calidad adaptada a las necesidades individuales de cada uno de ellos. En definitiva, el papel del celador es un pilar fundamental de colaboración y apoyo para todo personal sanitario que trabaja de la mano del celador, cumpliendo órdenes y ejecutando las mismas facilitando así las labores del personal de enfermería.

6 Bibliografía

1. Funciones del celador en la unidad de exploraciones de aparato digestivo. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es>.
2. Funciones del celador en la planta de hospitalización. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>.

Capítulo 424

FUNCIONES CLAVES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA COORDINACIÓN DE TRANSPORTE Y LOGÍSTICA HOSPITALARIA

ENRIQUE ÁNGEL CARMONA GARRIDO

LAURA DOMÍNGUEZ ALONSO

PALOMA SÁNCHEZ GARCÍA

YOLANDA JIMENEZ CARMONA

VERÓNICA MURILLO BEJARANO

1 Introducción

La coordinación de transporte y logística hospitalaria es de vital importancia en el funcionamiento eficiente de un hospital y en la atención adecuada a los pacientes. La logística hospitalaria garantiza que los pacientes reciban atención médica y tratamientos de manera oportuna. Esto es esencial para el pronóstico y la recuperación de los pacientes, especialmente en casos de emergencia.

Y es que la coordinación eficiente de la logística garantiza que los suministros médicos esenciales estén disponibles cuando se necesiten. Esto incluye medicamentos, equipos médicos, material quirúrgico y otros recursos críticos para la

atención médica. Una gestión eficiente de la logística puede ayudar a reducir costos al minimizar el desperdicio, optimizar el uso de recursos y evitar la escasez o el exceso de existencias. Esto es especialmente relevante en un entorno de atención médica, donde los costos pueden ser significativos (1).

La coordinación adecuada del transporte de pacientes entre instalaciones médicas y la entrega segura de suministros contribuyen a la seguridad y el bienestar de los pacientes. Los errores en la logística pueden tener consecuencias graves para la salud de los pacientes. Los hospitales deben cumplir con regulaciones y estándares estrictos en cuanto a la gestión de suministros y la logística. La coordinación adecuada ayuda a garantizar el cumplimiento de estas normativas, evitando posibles sanciones o problemas legales.

Una logística bien coordinada reduce los tiempos de espera, la congestión en áreas críticas y los cuellos de botella en la cadena de suministro. Esto mejora la eficiencia operativa del hospital y permite que el personal médico se enfoque en la atención al paciente en lugar de preocuparse por la disponibilidad de recursos.

2 Objetivos

1. Explicar las actividades relevantes que debe realizar un auxiliar administrativo en la coordinación del transporte y logística hospitalaria.

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 esencial en la coordinación de transporte y logística hospitalaria, contribuyendo a garantizar un flujo eficiente de suministros, equipos médicos y personal en el entorno hospitalario.

En primer lugar, la gestión de citas y horarios implica coordinar y programar los

horarios de transporte para garantizar que el personal médico, los pacientes y los suministros lleguen a tiempo a sus destinos. Además, el control de inventario es crucial, ya que implica mantener un registro actualizado de los suministros médicos y equipos disponibles en el hospital, y solicitar reposiciones según sea necesario para evitar escasez o exceso de existencias.

El seguimiento de entregas es otra tarea importante, asegurándose de que las entregas de suministros médicos y equipos lleguen al hospital de manera oportuna y verificando que los productos sean los correctos y estén en buenas condiciones. La coordinación de transporte de pacientes es esencial para organizar el traslado de pacientes entre instalaciones médicas, como hospitales y centros de atención médica, garantizando el respeto de los horarios y el cumplimiento de las necesidades médicas de los pacientes (2).

Por otra parte, la comunicación interna y externa juega un papel vital, manteniendo una comunicación efectiva con otros departamentos del hospital, proveedores de servicios de transporte y personal médico para coordinar eficazmente las operaciones logísticas. El manejo de documentación implica gestionar la documentación relacionada con el transporte y la logística, como registros de entrega, facturas y autorizaciones de transporte. Asimismo, el control de costos es esencial al colaborar en la gestión de costos relacionados con el transporte y la logística, identificando oportunidades para reducir gastos innecesarios y optimizar recursos (3).

El cumplimiento normativo es fundamental para asegurarse de que todas las operaciones de transporte y logística cumplan con las regulaciones y estándares de seguridad y salud aplicables en el ámbito hospitalario. En caso de problemas o retrasos en la logística de transporte, es importante abordarlos de manera eficiente, identificando soluciones y tomando medidas para minimizar impactos negativos en la atención al paciente.

La colaboración interdepartamental implica trabajar en estrecha colaboración con otros departamentos del hospital, como el de compras, el de farmacia y el de atención al paciente, para garantizar una coordinación efectiva en la gestión de suministros y servicios de transporte.

Por último, la identificación de oportunidades de mejora en los procesos logísticos y la proposición de soluciones para aumentar la eficiencia y la calidad en la atención médica son aspectos clave.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones clave del auxiliar administrativo en la coordinación de transporte y logística hospitalaria desempeñan un papel fundamental en la operación eficiente y efectiva de un hospital. Estas funciones permiten garantizar que los pacientes reciban atención oportuna y de calidad, que los suministros médicos estén disponibles cuando se necesiten y que se cumplan los estándares de seguridad y regulaciones pertinentes.

La labor del auxiliar administrativo en este contexto abarca desde la gestión de citas y horarios hasta la resolución de problemas, pasando por la gestión de inventarios y la coordinación de transporte de pacientes. En última instancia, estas funciones contribuyen a la seguridad del paciente, la satisfacción del mismo y la optimización de recursos, aspectos críticos en la atención médica hospitalaria.

6 Bibliografía

1. <https://www.campustraining.es/noticias/funciones-administrativo-logistica/>
2. <https://www.educaweb.com/profesion/administrativo-logistica-1653/>
3. <https://www.euroinnova.edu.es/blog/funcion-de-un-asistente-administrativo>

Capítulo 425

ERGONOMÍA Y PSICOLOGÍA DEL CELADOR

JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO

DIANA CRISTINA GARZON CORTES

LORENA SEGUIDO PANTOJA

ANA BELÉN RODRÍGUEZ IMBERNON

PABLO HERRERO POZUELO

1 Introducción

La ergonomía y psicosociología son dos apartados para comprender el bienestar en el trabajo como el personal.

Tanto una como otra desempeña un papel importante en el estudio entre las personas y el entorno, ya sea en el físico como también en el psicológico.

Se establece una serie de técnicas preventivas en ergonomía y psicosociología aplicada, como una unidad, en nuestro país lleva implantándose poco tiempo con respecto a otros países en la que hay una fuerte introducción de estos objetivos. Podemos recordar que la Ergonomía fue introducida en el año 1949 por el británico Kenneth Frank Hywel Murrell. La idea fue unificar a profesionales en el campo de la fisiología, ingeniería, anatomía, psicología, higiene industrial, arquitectura, profesionales en distintas áreas de la salud y en general a todas aquellas personas interesadas por el comportamiento de las personas en el trabajo.

En conjunto, tanto la ergonomía como la psicología son herramientas básicas para que el rendimiento y la salud de todos los trabajadores en cualquier ámbito laboral sea armoniosa y dichas tareas se realicen de forma segura y efectiva, brindando un apoyo emocional adecuado a los pacientes en el caso de los celadores o un trato adecuado en otros usuarios.

2 Objetivos

Identificar, analizar y reducir los riesgos laborales (ergonómicos y psicosociales).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 y la psicología son dos apartados importantes a tener en cuenta para el personal de celador y cualquier trabajador tanto en el ámbito sanitario como cualquier otro.

A continuación haremos una descripción y abordaremos ambos temas por separados.

La ergonomía se refiere al estudio de la adaptación del entorno del trabajo y de las capacidades del trabajador, para un celador esto quiere decir que dicho entorno de trabajo este hecho o diseñado de forma adecuada para que no haya o pueda haber lesiones en las tareas asignadas y se trabaje en un estado de bienestar con consecuencias favorables para el trabajador y paciente o familiares.

Aspectos ergonómicos relevantes para el trabajador: movimientos repetitivos, posturas corporales y organización del espacio.

- Los movimientos repetitivos a menudo son tareas que implica hacer movimientos iguales muy a menudo, como levantar, trasladar objetos pesados, en caso del celador levantar y trasladar a pacientes y empujar camillas, para este trabajo es importante que se enseñe las diferentes técnicas tanto en el levantamiento

como en el manejo de las cargas de los pacientes para prevenir lesiones músculo-esqueléticas.

- Las posturas corporales, otro aspecto importante, ya que los celadores suelen pasar largos periodos de tiempo de pie y caminando, es por lo que tenemos que tener un cuidado especial en ser proporcionado de un buen calzado y equipos apropiados para tener una buena postura correcta y reducir tanto la fatiga como el riesgo de lesiones.

- Organización del espacio de trabajo que debe estar organizado de manera que tanto los equipos que se utilicen, como los suministros que se tengan que coger o desplazar, sea de manera accesible y eficiente para evitar desplazamientos innecesarios y optimizar tanto el tiempo como la energía del celador o trabajador. La psicología se refiere al estudio de los procesos mentales y emocionales de una persona en el trabajo o en su vida cotidiana. En el caso del celador es fundamental tener en cuenta los aspectos psicológicos tanto en el propio celador como en los pacientes que tenga que tratar para asegurar un trato adecuado y apoyarlo adecuadamente según sea sus emociones. Ahora veremos algunos aspectos relevantes de la psicología como son la empatía y comprensión, comunicación efectiva y manejo del estrés.

- La empatía y comprensión en los celadores, estos tienen que ser capaces de ponerse en el lugar de los pacientes y de alguna manera entender las necesidades y sus emociones. Esta demostración de comprensión y puede ayudar a que los pacientes se tranquilice y confíen en el trabajo que se va a realizar con ellos.

La comunicación efectiva tiene que ser clara y que lo entienda el paciente es esencial para que el paciente tenga una buena relación y confianza. Los celadores deben ser capaces de escuchar atentamente y usar palabras comprensibles y sencillas para transmitir la información adecuada a los pacientes.

- El manejo del Estrés en el entorno sanitario puede ser estresante y emocionalmente muy desafiante.

Para que los celadores pueda tener dicho manejo sobre el estrés deben desarrollar ciertas habilidades y cuidar su bienestar emocional en estas habilidades puede incluir la relajación, búsqueda de apoyo emocional y establecimientos de límites emocionales.

5 Discusión-Conclusión

La ergonomía y la psicología son aspectos importantes a considerar en el trabajo de un celador.

Tener en cuenta estos aspectos puede contribuir a garantizar la seguridad, salud y bienestar tanto del celador como de los pacientes a quienes atiende.

La combinación de la ergonomía y la psicología puede y debería conducir a unos resultados positivos como la mejora de la seguridad y salud laboral, el aumento de producción, el fomento del bienestar emocional, la reducción del absentismo laboral traducido en baja laborales y la mejor adaptación a las necesidades de cada uno en los distintos puestos a desempeñar y sus circunstancias.

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 426

LAS FUNCIONES DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

SONIA CORONADO RUBIO

CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

RAQUEL ISIDORO CARMONA

MARIA ISABEL RICHART MELLADO

1 Introducción

La función del servicio de urgencias es valorar al paciente, diagnosticarlo y tratarlo antes de decidir si ingresarlo o enviarlo a casa con los cuidados adecuados.

El auxiliar administrativo será el encargado de brindar a los pacientes la atención adecuada. Si un paciente es ingresado, notificará a sus familiares, así como gestionará los traslados en ambulancia para cualquier prueba que deba realizarse fuera del hospital o para el simple alta.

La función del auxiliar administrativo en los servicios de urgencia es gestionar, planificar, programar y organizar la actividad asistencial además de dar el apoyo administrativo requerido. Junto a las leyes vigentes, deben conocer los protocolos que se deben seguir en estos servicios.

Cuando un paciente llega de urgencia o urgencia a las Unidades de Urgencia, el auxiliar administrativo es su primer punto de contacto. Tienen el deber de ofrecer la asistencia necesaria para mantener el buen funcionamiento y buen funcionamiento de la Unidad, así como para aumentar el confort y la conveniencia. la salud del paciente.

Además, serán los encargados de emitir todos los trámites que produzca la asistencia al enfermo, ya sea por una lesión denunciada judicialmente, un accidente laboral o un accidente automovilístico.

En resumen, ser auxiliar administrativo en una sala de urgencias es un trabajo crucial que brinda una asistencia invaluable al personal médico del hospital.

2 Objetivos

Conocer las diferentes funciones y tareas que desempeña un auxiliar administrativo en el servicio de urgencias de los centros hospitalarios.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada. Se han realizado búsquedas exhaustivas de 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

La Orden de 28 de mayo de 1984, en su artículo 2, cubre con carácter general las funciones del personal directivo o auxiliar administrativo, que nos informa que son estos empleados, cuya función es proporcionar apoyo material, ejercicio y desarrollo en relación con las tareas administrativo-asistenciales propias de los centros hospitalarios.

El servicio de admisiones es donde trabaja el auxiliar administrativo. El paciente deberá presentar en ventanilla de Ingreso a su llegada la Tarjeta Sanitaria, DNI e informes médicos previos, además de los medicamentos que esté tomando actualmente o tomado recientemente. Al momento del traslado a boxes o área de clasificación, un familiar o acompañante deberá realizar el proceso de admisión.

Para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada en el momento oportuno, su trabajo es de vital importancia.

En caso de urgencia, los auxiliares administrativos también pueden gestionar los ingresos a las salas del hospital, asignando una habitación y una cama con previo aviso a la sala, registrar las altas de los pacientes, dar de alta a los pacientes y documentar lo que se hizo, e incluso encargarse de todas las tareas relacionadas con la facturación y el seguro.

Uno de los derechos más importantes de los pacientes es el acceso a la información sanitaria, y el trabajo de los asistentes administrativos es proporcionar esa información. Los trabajadores sociales y sanitarios, en la sala de urgencias dará actualizaciones sobre el estado del paciente y cualquier decisión que el equipo médico tome en respuesta al mismo.

Debido a que es importante que los pacientes se sientan cómodos, el auxiliar administrativo debe hablar con cada paciente de manera amigable y establecer contacto visual y escuchar al paciente, éste debe hablar con alegría y mostrar entusiasmo.

Para brindarle al paciente la ayuda que necesita, también es necesario comprenderlo. Ser capaz de controlar tus movimientos y hacer gestos que afecten la conversación son habilidades importantes de comunicación no verbal.

5 Discusión-Conclusión

En la sala de urgencias, las funciones del auxiliar administrativo incluyen brindar atención al paciente en la primera estancia y brindar a los familiares del paciente información clara y específica. Debe trabajar en cooperación con el resto del personal médico para brindar la mejor atención posible a los pacientes.

Sin su cooperación, el equipo sociosanitario del hospital se vería obligado a completar las tareas del auxiliar administrativo, retrasando la rápida respuesta del equipo médico y potencialmente poniendo en peligro la vida de los pacientes.

En las unidades de urgencias hospitalarias, el trabajo del auxiliar administrativo es fundamental por este motivo.

6 Bibliografía

- <https://dialnet.unirioja.es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 427

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE FARMACIA

MARI CARMEN CORCOLES MOROTE

JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA

MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

ROSA M^a CARBALLO CARRIÓN

1 Introducción

La farmacia de un hospital tiene como misión el seleccionar, preparar, almacenar y distribuir medicamentos y todo tipo de productos sanitarios para así poder ofrecer a pacientes y profesionales sanitarios recomendaciones sobre un uso seguro, eficaz y eficiente de los mismos, además de realizar una labor de vigilancia del uso del medicamento y otra labor de control en aquellas fases en las se investiga la aplicación de nuevos fármacos. Es una unidad que suele dependen de la gerencia médica del hospital y de los servicios de análisis clínicos, microbiología o medicina nuclear.

Este órgano se encarga de desarrollar diariamente fórmulas magistrales, medicamentos específicos para pacientes en particular como colirios o fórmulas para reacciones alérgicas, además de elaborar la llamada nutrición parenteral para pacientes que debido a su condición no pueden ingerir los alimentos de manera

natural. Es por ello que se destinan una parte importante de los presupuestos y recursos económicos a este servicio.

Hace un papel muy importante en el sistema sanitario y que a veces suele pasar por alto porque no se es consciente, pero hay que saber que cuando una persona está ingresada en planta de hospitalización o recibe su tratamiento de quimioterapia, esa medicación sale de todo un proceso de gestión de este servicio. El Celador trabajará en este servicio llevando a cabo las funciones que le encomienden de recepción de materiales, descarga y desembalaje, colocación en las estanterías y distribución a los servicios peticionarios, entre otras.

2 Objetivos

- Definir las funciones, características y la importancia de una buena gestión de una farmacia hospitalaria y las funciones que realizará el celador.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre las funciones del celador en el servicio de Farmacia Hospitalaria. 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

Aquellos hospitales que cuenten con más de cien camas dispondrán de un servicio de farmacia hospitalaria y aquellos con menos de esa cantidad que no deseen tenerla podrán solicitar al gobierno de la región autorización para mantener un depósito de medicamentos bajo la supervisión y control de un farmacéutico. Estará formado por un responsable farmacéutico, un supervisor, personal de farmacia, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores.

La central de farmacias del sistema sanitario deben de suministrar los medicamentos que les soliciten en las condiciones legalmente establecidas, además de guardar, conservar y ofrecer medicamentos de uso humano a los siguientes colectivos:

☒ A las farmacias abiertas al público legalmente autorizados.

☒ A los servicios de farmacia, de los hospitales, de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria.

Las funciones de los celadores serán las siguientes:

1/ Recepción del material: debe de comprobar que el material que llega se corresponde con el que pone en el albarán de entrega, si existieran incongruencias, deberá consultarlo al responsable de la unidad.

2/ Trasladar las peticiones de los distintos servicios hasta la farmacia y de los envases de unidosis desde la farmacia hasta las plantas, lo cual suele ser en el turno de tarde, una vez que se han registrado los cambios de medicación de cada paciente, la información ha llegado a la farmacia y esta ha preparado los envases.

3/ Preparar los carros de la medicación para cada turno del día siguiente, debiéndolo dejar a cargo del personal de enfermería que tenga asignados esos pacientes.

4/ Preparar el material que se va a entregar y una copia del albarán con lo suministrado ser colocado por el responsable para ello, siendo el celador el que colocará el alcohol y botes de suero, pero nunca los medicamentos.

5/ Transporte de material dentro del propio almacén de farmacia, y recogida desde otras unidades para este servicio.

6/ Preparación de alcohol: el celador es el encargado de preparar el alcohol rebajado a 70° con agua destilada que se emplea en las Unidades del Hospital, además de recoger los envases vacíos para reponer con los llenos.

7/ Dispensación determinado material como fórmulas magistrales, alcohol, nutriciones parenterales, etc.

8/ El Celador realizará recuentos periódicos del material que dispensa, para comprobar existencias reales de los productos almacenados, y colaborará en el recuento del Inventario General que se realice en la Farmacia.

5 Discusión-Conclusión

El celador que trabaja en la farmacia de un hospital, debe conocer con detalle el funcionamiento de este servicio para que exista una buena coordinación con el resto de integrantes profesionales, para así ofrecer calidad y rapidez en sus actuaciones. El celador se encargará de realizar inventarios, recepcionar el material que llega al almacén de farmacia, corroborando que el material que se entrega coincide con lo que representa el albarán, colocando las mercancías en los distintos departamentos establecidos, distribuyendo los materiales a los distintos peticionarios, llevando materiales desde el almacén general del hospital hasta la farmacia, preparar los carros de la medicación de cada turno para el día siguiente.

El servicio de farmacia en los hospitales es fundamental, ya que provee al resto de servicios de material sanitario, con la función de mejorar la calidad de vida de la sociedad gracias a la dispensación de fármacos y tratamientos que necesitan los pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 428

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO

MARI CARMEN CORCOLES MOROTE

JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA

MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

ROSA M^a CARBALLO CARRIÓN

1 Introducción

Sabemos que a la hora de llevar a cabo investigaciones científicas para conseguir avances en medicina y cirugía, se suele experimentar en animales antes que en humanos, evaluando así como les afecta la aplicación de diversas terapias y el suministro de cierta farmacología, de manera que si los efectos secundarios serían los adecuados para los humanos, el siguiente paso sería experimentar con ellos. Este servicio es el llamado animalario, también se le conoce como estabulario o bioterio que en el caso del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM), se ubica en el Hospital Nacional de Paraplégicos, situado en Toledo.

En estas unidades existen salas adaptadas en las que se encuentran diversos animales como: cerdos, ratas o ratones, hámster, cobayas, perros, codornices o conejos, principalmente, donde se cuida la higiene y a la limpieza, sin ruidos, en un ambiente tranquilo, donde reciben los cuidados necesarios intentando que se les cause el mínimo dolor, sufrimiento, angustia o lesiones. Además, intenta evitarse

que se dupliquen los procedimientos y que el número de animales sea el mínimo posible para obtener los resultados que se pretenden. En el caso de que fallezcan, cuentan con un incinerador y una sala de autopsias.

El celador puede prestar sus servicios en esta unidad de acuerdo al artículo 14-2.21 del Estatuto de Personal no Sanitario (Orden del Ministerio de trabajo de 5 de julio de 1971), el cual especifica que con respecto a los animales utilizados en los laboratorios y en los experimentos, los cuidará, alimentará, manteniendo las jaulas limpias y las diversas zonas y realizando las actuaciones que le encomienden el personal superior.

2 Objetivos

Definir las tareas a desarrollar por parte de los celadores en el servicio del animalario del hospital y las principales características del mismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica que existe referente a las funciones del celador en el animalario, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las especies de animales que se utilizarán deberán ser rigurosamente seleccionadas, teniendo en cuenta que tengan menos sensibilidad ante el dolor que otras, y sobre todo nunca emplear especies en peligro de extinción, a no ser que sea necesario, justificado y autorizado. Para la protección de estos animales se crea el Real Decreto 1201/2005 de 10 de octubre. Además, siempre se utilizará anestesia, salvo que su utilización resulte más traumática que el proceso propiamente dicho o que tenga incompatibilidad con los objetivos del proceso mismo, siempre bajo autorización, o en todo caso analgésico

Aunque siempre existe la ética y la moral de ciertos colectivos ante la supresión de estas prácticas, ha de especificarse que se han logrado grandes avances en la

obtención de tratamientos de tipo curativo, paliativo o simplemente para lograr una mejora en diversas enfermedades o patologías como diversos tipos de cáncer.

Es importante el tema de la limpieza para evitar la proliferación de parásitos, bacterias que puedan provocar enfermedades en los animales, al igual que se encuentren cómodos y tengan espacio para moverse dentro de las jaulas, con unos sistemas que impidan la huida de los mismos. A este lugar solo accede quien tenga autorización. Además, existen sistemas que renuevan el aire, controlan la iluminación, la humedad, ruidos, etc.

Veamos las funciones del celador en el animalario con más detalle:

- Limpieza:

Deberán de lavar las cubetas, lechos, bebederos, comederos y jaulas de los animales con las especificaciones que requieran cada especie animal y con la asiduidad establecida en la normativa interna. Los excrementos deberán retirarse con frecuencia para no causar malos olores o proliferación de bacterias y los utensilios empleados en recogerlos serán limpiados en cada uso, llevándose a esterilizar tres veces por semana. Los animales que vayan a someterse a algún experimento, serán aseados antes y después del mismo.

- Alimentación:

Los celadores darán de comer su tipo especial de alimentación según la especie de la que se trate y en las cantidades prefijadas, observando que haya siempre agua en los bebederos. Se intenta que las raciones sean sabrosas y equilibradas nutricionalmente, normalmente en forma de comprimidos, galletas o gránulos, aunque algunas veces se utilizan preparados que suelen ser más caros.

- Cuidados:

Se les tratará de forma adecuada, cogiéndolos sin brusquedad, teniendo en cuenta las peculiaridades de la especie en cuestión.

5 Discusión-Conclusión

Tras a investigación realizada, se confirma que el trabajo del celador en el animalario requiere de un contacto directo con los animales, el cual tendrá que velar para que estén bien cuidados, alimentados, tengan agua en los bebederos, tengan las jaulas y los lechos limpios, tendrán que encargarse de recoger los excrementos asiduamente para que no haya malos olores, deberá tratarlos adecuadamente, intentar que haya un ambiente tranquilo y sin ruidos, se le dará de comer las cantidades que le indiquen dada la especie animal, etc. En definitiva, se les mantendrá en unas condiciones confortables, con una regulación de la temperatura

y con espacio para que puedan moverse.

Estos animales, que serán sometidos a experimentos médicos, ayudarán a la medicina y cirugía a conseguir avances en tratamientos y fármacos que pueden suponer grandes pasos para la curación de enfermedades y su prevención.

6 Bibliografía

1. Búsqueda en Google con palabras clave: experimentos médicos con animales, celador en el animalario.
2. Real Decreto 1201/2005 de 10 de octubre sobre protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos.
3. 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.
4. <https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-el-animalario>.

Capítulo 429

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA RECEPCIÓN Y EN EL ALTA HOSPITALARIA DE UN PACIENTE

MARI CARMEN CORCOLES MOROTE

JUAN JULIAN BALÓN GARCÍA

MARIA DOLORES GOMEZ CRUZ

MARÍA DE LEÓN ESCAMILLA

ROSA M^a CARBALLO CARRIÓN

1 Introducción

Cuando un paciente acude a urgencias debido a su sintomatología, una vez revisado su estado de salud por los distintos especialistas médicos, podrá valorarse la opción de que ingrese en la unidad hospitalaria para someterse a una serie de exploraciones complementarias, para ser intervenido quirúrgicamente o para que se le someta a un tratamiento específico, todo ello con la finalidad de mejorar su estado de salud o curación de su enfermedad. Otras veces será ingresado en planta derivado de otro hospital por no contar con la especialidad que necesita el paciente, y otras veces por medio de una cita concertada por los distintos facultativos.

En todo caso el celador será la primera persona que el usuario se encuentra en las distintas puertas de accesos, siempre disponible para resolver las dudas que pueda plantear, siendo el que lo recepcionará y lo llevará a la planta pertinente que haya indicado el especialista. En ese momento se le informará a los familiares o acompañantes de donde se encuentra la habitación, la sala de espera, los distintos mostradores de atención al usuario, además de especificarles que recojan la ropa que llevaba el paciente y sus enseres.

Una vez que ingresa el paciente en planta, se le tomarán los datos personales y el motivo de su ingreso, y las peculiaridades de su cuadro clínico con el tratamiento pautado para que los distintos profesionales que vayan a atenderlo sepan en todo momento como se encuentra. Una vez que el paciente es dado de alta, saldrá por su propio pie si tiene la suficiente autonomía, en caso contrario, el celador será el encargado de llevarlo en silla de ruedas o camilla hasta la salida del hospital, o yendo a su lado si tuviera dificultades y fuera con bastón o andador.

2 Objetivos

- Definir la labor del celador del ámbito sanitario cuando un paciente es ingresado en planta y una vez que se le haya dado el alta hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre las funciones del celador a la hora del ingreso en plantas de hospitalización de los pacientes y cuando se les dé el alta hospitalaria. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando un paciente ingresa en una planta de hospital, el equipo médico lo tranquilizará e informará sobre el motivo de su ingreso si está consciente, siendo ubicado en la cama o sillón por un celador si no pudiera hacerlo por sí mismo, tomándole las constantes vitales y realizándole si así lo pautará un médico analíticas de sangre, cultivos, aplicación de sondas u otras pruebas complementarias.

Así mismo, a los familiares también se les informará de los pasos a seguir, se les dará una bolsa con las pertinencias del paciente.

El paciente comenzará con el tratamiento que haya sido prescrito por el facultativo, por ejemplo nutrición especial, oxigenoterapia, antibioterapia, etc., el personal de enfermería se abrirá una hoja en el sistema informático para ir reseñando todas las actuaciones realizadas y las indicaciones a tener en cuenta en sus cuidados.

Cuando al paciente se le da el alta puede suceder tres situaciones: que el regreso sea al domicilio particular, que sea al hospital de origen del que procedía o sea trasladado a otra unidad para seguir haciendo el seguimiento asistencial sanitario. En los dos últimos casos, siempre se le debe informar a la unidad de destino que llegará el paciente para que lo tengan todo preparado, adjuntándose todos los datos médicos necesarios y exponiendo el medio por el cual llegará, pudiendo ser en el vehículo propio o en los casos más críticos en ambulancia o helicóptero. Para que se produzca el alta de un paciente pueden ocurrir las siguientes situaciones: porque el paciente haya fallecido, por un traslado como comentábamos anteriormente, por curación o mejoría del paciente, por alta voluntaria (bajo responsabilidad del paciente y en contra de la opinión del médico) o por fuga.

La figura del celador se caracteriza porque es la primera persona con la que tiene contacto el paciente pero también la última cuando se le da el alta, en este último caso el celador siempre realizará el siguiente protocolo:

1/ Saber el paciente que es el que tiene el alta y ver si necesita ayuda para levantarse de la cama o sillón y a la hora de andar, por lo que se le facilitará una silla de ruedas, acompañándolo a la salida si viera que pudiera caerse al ir con bastón o andador. Durante el trayecto lo hará sin prisas y sin brusquedad, teniendo cuidado de que no se desconecten las sondas u otros elementos que porte.

2/ Ayudará al TCAE a la hora de quitarse el pijama o camisón y vestirse con su propia ropa. También le ayudará a dejar la cama preparada para el siguiente paciente, quitando las sábanas sucias y poniendo las limpias. Para ello siempre comprobará si está echado el freno de la cama para evitar caídas.

3/ El paciente o familiares deben de comprobar que llevan toda la documentación sanitaria, la cual incluye los volantes de las próximas citas, peticiones de pruebas complementarias, informes con los resultados de las pruebas realizadas, informe de alta, etc. El celador comprobará que se llevan toda la documentación y no dejan nada en el mobiliario.

5 Discusión-Conclusión

Cuando una persona ingresa en el hospital se activa todo un protocolo de actuaciones que incluye a todo tipo de personal tanto sanitario como no sanitario para ofrecer la mejor calidad asistencial sanitaria y así restablecer la salud del paciente. En este momento el celador tendrá contacto continuo con él a la hora de ayudarlo en las movilizaciones o llevarlo a la realización de pruebas. Pero también será la última con la que tenga relación una vez que se le haya dado el alta hospitalaria, ofreciéndole una silla de ruedas o lo acompañará a la salida si lo necesitara, observando que lleva consigo toda la documentación como: el informe de alta, las siguientes pruebas médicas, volantes para exploraciones complementarias, etc. Hemos visto que existen distintos tipos de altas: por traslado a otro hospital o unidad especializada, cuando mejora el paciente o está totalmente curado, por fallecimiento, por alta voluntaria o por fuga.

6 Bibliografía

1. Búsqueda en Google con palabras clave: ingreso hospitalario de un paciente, celador, alta hospitalaria.
2. Manual del celador. Editorial Mad.2021
3. <https://celadoresonline.blogspot.com>
4. <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/temas-especiales/atenci%C3%B3n-hospitalaria/ingreso-en-el-hospital>

Capítulo 430

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTION DE LOS SUMINISTROS HOSPITALARIOS

SONIA CORONADO RUBIO

CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ

MARIA ISABEL RICHART MELLADO

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

RAQUEL ISIDORO CARMONA

1 Introducción

La gestión del inventario de suministros médicos es esencial en la institución de la salud en constante cambio para garantizar una atención oportuna y eficiente al paciente. Esta tarea tiene efectos significativos en el calibre de los servicios médicos prestados y va más allá de ser una simple preocupación logística. Para lograr operaciones eficientes y efectivas en este campo, el papel del auxiliar administrativo se vuelve particularmente crucial.

Planificar, controlar, organizar y supervisar el uso de los recursos disponibles son partes del trabajo del auxiliar administrativo en la gestión del inventario de suministros médicos. Estos profesionales son responsables de garantizar que los suministros médicos adecuados estén disponibles cuando y donde se necesiten,

evitando tanto la escasez como el exceso, que podrían ser situaciones peligrosas para el centro y los pacientes.

El Auxiliar Administrativo es responsable de administrar y actualizar el inventario, preservar líneas abiertas de comunicación con proveedores y realizar procedimientos de compra y reposición de insumos médicos. Además, este profesional deberá mantener un registro preciso de los suministros utilizados, evaluar y optimizar continuamente el uso de estos recursos, lo que puede incluir la evaluación de nuevas tecnologías o sistemas para aumentar la eficiencia de la gestión de inventario.

Además, una de sus mayores dificultades es adaptarse a situaciones imprevistas o de emergencia, donde la capacidad de actuar con rapidez y eficacia puede suponer la diferencia entre la vida y la muerte. En este sentido, su trabajo es a la vez administrativo y mejora significativamente el nivel de atención sanitaria, así como la eficiencia general del sistema sanitario.

Por lo tanto, la gestión de los inventarios de suministros médicos es una responsabilidad crucial del auxiliar administrativo y requiere una combinación de habilidades técnicas, administrativas y de resolución de problemas, lo que hace que su puesto sea un componente crucial para el funcionamiento eficiente de cualquier institución de salud.

2 Objetivos

- Exponer las funciones y habilidades del Auxiliar Administrativo relacionadas con la administración del inventario de suministros médicos.

3 Metodología

Como parte de la investigación para este trabajo se ha realizado un análisis de la literatura científica ya 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 gestión del inventario de suministros médicos por parte del auxiliar administrativo se utiliza para una variedad de tareas cruciales que requieren conocimientos y habilidades especializados.

En primer lugar, mantener registros de inventario precisos y realizar un seguimiento del mismo requiere estar atento a los detalles y experiencia en el uso de sistemas de mantenimiento de registros tanto físicos como digitales. El auxiliar administrativo debe poder vigilar de cerca los suministros, detectar patrones de uso y detectar posibles irregularidades desde el principio.

Para la planificación del reabastecimiento de suministros, que es otra tarea crucial, también se necesita un conocimiento sólido de los procedimientos de compra, las regulaciones legales pertinentes y la capacidad de hacer pronósticos precisos.

Este profesional debe ser capaz de predecir los requerimientos del equipo médico y de los pacientes para evitar escasez o sobreabundancia de suministros.

Sin embargo, una parte importante del trabajo del Auxiliar Administrativo es la coordinación con los proveedores de atención médica y otros profesionales. Para ello son necesarias habilidades de comunicación efectiva, resolución de conflictos y negociación, así como un profundo conocimiento de los bienes y servicios proporcionados por los distintos proveedores.

El auxiliar administrativo también debe tener habilidades para gestionar la obsolescencia de los suministros médicos. Esto implica mantenerse al día con los desarrollos más recientes en tecnología y productos médicos y tener la capacidad de evaluar críticamente cuándo es necesario reemplazar o desechar un producto.

El auxiliar administrativo también debe ser flexible y capaz de reaccionar en caso de emergencia. Esto requiere la capacidad de gestionar eficazmente el estrés, tomar decisiones rápidas y priorizar tareas.

Por supuesto, todas estas tareas deben llevarse a cabo de acuerdo con los más altos estándares de privacidad y seguridad del paciente, con las reglas del hospital y con las leyes aplicables.

Para garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan de forma rápida y eficaz, la función del auxiliar administrativo en la gestión del inventario de suministros médicos requiere una combinación de habilidades técnicas, administrativas y de resolución de problemas. La eficiencia y la calidad del servicio médico mejoran continuamente, lo que es testimonio de la eficacia de este trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Un aspecto crucial de la atención médica es la gestión del inventario de suministros médicos por parte del auxiliar administrativo. La eficacia y el calibre de la atención al paciente, así como el éxito de la institución médica, están significati-

vamente influenciados por la forma en que se llevan a cabo adecuadamente estas tareas. Este profesional contribuye significativamente a la fluidez de las operaciones diarias a través de una meticulosa gestión de inventarios, la coordinación con proveedores, la planificación del reabastecimiento de suministros y la rápida respuesta a situaciones de emergencia. Por esto, es fundamental que el auxiliar administrativo tenga las habilidades técnicas, administrativas y de resolución de problemas necesarias para manejar las dificultades que trae este trabajo. Al final, del éxito de esta gestión se obtendrá una mejor atención al paciente y un sistema de salud más eficaz y eficiente.

6 Bibliografía

- Martínez López A. El papel del auxiliar administrativo en la gestión hospitalaria. Ediciones Díaz de Santos; 2019.
- www.revistamedica.com

Capítulo 431

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO DE ADMISIÓN DE PACIENTES

SONIA CORONADO RUBIO

CRISTINA GONZÁLEZ GÓMEZ

MARÍA JESÚS GONZALEZ PARRAGA

RAQUEL ISIDORO CARMONA

MARIA ISABEL RICHART MELLADO

1 Introducción

Para garantizar el funcionamiento eficaz de las instituciones sanitarias, el campo de la gestión sanitaria integra una serie de disciplinas.

Ante esta situación, queda claro que el puesto de Auxiliar Administrativo en el Servicio de Admisión de Pacientes es un eje clave en el avance continuo de la salud.

Como trabajador clave en la administración del hospital, el auxiliar administrativo sirve como punto de contacto inicial del paciente con el centro médico y es crucial para el buen trato que recibe en general. Desde el momento en que un paciente ingresa por primera vez hasta que es dado de alta, todos los procesos administrativos intermedios son de su competencia.

Sus responsabilidades van más allá de la mera gestión y recopilación de datos; también incluyen trabajar eficazmente con otros departamentos para garantizar una transición perfecta de una etapa de la atención al paciente a la siguiente. Además, el auxiliar administrativo debe tener un conocimiento profundo de los sistemas y protocolos hospitalarios para poder manejar situaciones estresantes y tomar decisiones informadas cuando sea necesario.

El auxiliar administrativo desempeña un papel crucial en el sistema de salud debido a su conjunto único de habilidades técnicas e interpersonales. Este ensayo cubrirá el papel de este actor en profundidad, enfatizando la importancia de su trabajo y cómo puede avanzar en la atención médica. También se abordará cómo se gestiona el servicio de admisión de pacientes.

2 Objetivos

- Examinar la importancia del cargo y funciones de un auxiliar administrativo en la administración y coordinación del servicio de admisión de pacientes.

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 auxiliar administrativo emerge como un trabajador clave en el vasto campo de la atención médica, desempeñando una variedad de funciones, desde el registro de pacientes hasta la gestión de sus registros médicos.

Normalmente, el auxiliar administrativo es el primer punto de contacto del paciente con la atención médica. Para que el paciente se sienta cómodo y bien atendido, este profesional debe ser capaz de gestionar una comunicación eficaz y comprensiva. No sólo es crucial escuchar atentamente y recopilar datos del paciente con precisión, sino que también es crucial asegurarse de que el propósito de la visita del paciente se reconozca y se registre con precisión para el seguimiento médico.

El auxiliar administrativo también está a cargo de supervisar el flujo de información dentro del sistema de atención médica. sistema. Esto implica mantener registros de pacientes, actualizar los registros médicos de manera oportuna y asegurarse de que los profesionales de la salud puedan acceder a la información pertinente. Dado que la mayoría de los sistemas de salud utilizan sistemas digitales para la gestión de datos, este puesto requiere habilidades excepcionales en tecnología de la información.

El auxiliar administrativo también sirve como un punto de contacto crucial entre pacientes y médicos, organizando citas y gestionando la logística para garantizar que se lleve a cabo el plan médico del paciente. Esto también implica la coordinación con servicios auxiliares adicionales como laboratorios y servicios de radiología.

Otro componente esencial del trabajo del auxiliar administrativo es comprender el panorama legal y regulatorio. Para garantizar el cumplimiento y salvaguardar los derechos de los pacientes, estos deben conocer las reglas que rigen la privacidad y los estándares para los registros médicos.

La capacidad de un auxiliar administrativo para resolver problemas y tomar decisiones también es crucial. Necesitan la capacidad de pensar críticamente y tomar decisiones acertadas bajo presión cuando manejan todo, desde problemas menores como programar citas hasta asuntos más complicados como retrasos en la atención o escasez de camas de hospital.

En conclusión, el auxiliar administrativo en la institución de la salud es un profesional multifacético que necesita una combinación especial de habilidades técnicas, interpersonales y administrativas para desempeñar eficazmente sus funciones. Su papel es crucial para el funcionamiento eficaz del sistema sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo realiza una variedad de tareas y sirve como centro de administración para cualquier centro de atención médica. Su función se extiende más allá del simple registro y gestión de datos para incluir la gestión eficiente de la comunicación y coordinación entre pacientes, médicos y otros servicios de atención médica.

Además, las habilidades y capacidades de este profesional le permiten responder a situaciones complejas y cambiantes con el tiempo, garantizando que los pacientes reciban una atención de alta calidad. El Auxiliar Administrativo es un miembro crucial de cualquier equipo de salud por su empatía, habilidades comunicativas y conocimiento de sistemas de tecnologías de la información y norma-

tiva sanitaria.

6 Bibliografía

1. Gómez J, Fernández L. Competencias y habilidades del auxiliar administrativo en la salud. Ediciones Pirámide; 2023.
2. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 432

EL CELADOR Y SUS COMETIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

DIANA CRISTINA GARZON CORTES

JUAN CARLOS CASTILLA ROMERO

LORENA SEGUIDO PANTOJA

PABLO HERRERO POZUELO

ANA BELÉN RODRÍGUEZ IMBERNON

1 Introducción

A lo largo de este texto se examinarán las funciones que desempeña el celador en la unidad de cuidados intensivos.

Debido al comprometido estado de salud de los pacientes, el trabajo del celador en la unidad de cuidados intensivos requiere conocimientos especializados a la hora de movilizar a los pacientes, por lo que debe estar completamente familiarizado con las técnicas a la hora de cambiar la postura de un paciente o administrar procedimientos médicos o enfermería, ya que es un miembro adicional del equipo en esta unidad.

El área de un hospital o centro de atención médica que se dedica a la atención de pacientes con afecciones médicas más graves o que corren peligro su vida se conoce como unidad de cuidados intensivos o unidad crítica.

Estos pacientes necesitan medidas de soporte vital más intensivas, como medicación intravenosa, alimentación por sonda nasogástrica o ventilación mecánica si no pueden respirar por sí solos.

También necesitan un control más frecuente y exhaustivo de sus signos vitales.

Esta unidad cuenta con más herramientas médicas como respiradores, monitores cardíacos y desfibriladores artificiales. De todo esto podemos interpretar que la unidad de cuidados intensivos requiere de personal variado, entre ellos intensivistas, enfermeras, auxiliares, enfermeros, etc., el cual debe estar muy bien preparado porque los pacientes que aquí ingresan requieren una atención muy especializada.

2 Objetivos

- Enumerar las diferentes funciones llevadas a cabo por el celador en la unidad de cuidados intensivos de los centros hospitalarios.

- Hacer hincapié en la importante labor llevada a cabo por el grupo de celadores.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo, se realizó una encuesta que incluyó una revisión sistemática de la bibliografía, en diversas guías y manuales para guardaparques. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y también se referenciaron artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos de publicaciones académicas arbitradas.

4 Resultados

A continuación, se explicará qué funciones tendrá el celador en este servicio del centro hospitalario:

Cuando sea necesario, el celador trasladará al paciente desde la planta o unidad correspondiente a la unidad de cuidados intensivos, con toda la documentación necesaria para su atención, su identificación y los dispositivos que requiera o que ya porte, ya sea el gotero y la línea, el sistema de monitoreo, etc.

Además, trasladará a los pacientes cuando deban salir del hospital a tiempo, como cuando se requieran más pruebas o cirugía o cuando el paciente sea dado de alta. El celador debe ser consciente de las mejores posiciones a adoptar al realizar estas movilizaciones para evitar molestias o daños innecesarios a los pacientes de esta unidad.

El transporte de todo el equipo médico requerido, incluidos los dispositivos portátiles, será responsabilidad del celador. Este ayudará al personal médico según sea necesario, como cuando sea necesario sostener un dispositivo médico o inmovilizar a un paciente en una posición específica para realizar pruebas adicionales.

El celador deberá desempeñar un papel fundamental para ayudar a evitar que los pacientes críticos de esta unidad enfermen más, comprendiendo a fondo los protocolos de asepsia y siguiendo las instrucciones de los superiores con profesionalismo y rigor.

El celador que desempeñará sus funciones en la unidad de cuidados intensivos debe estar sumamente preparado, con suficiente capacitación en la realización de cambios posturales y el traslado de pacientes, debido a las características de esta unidad y al estado vulnerable de sus pacientes, ya que algunos se encuentran en estados de conciencia disminuida, en estado postoperatorio o padeciendo enfermedades graves.

Además, deberá mantener su uniforme en óptimas condiciones, reponerlo según sea necesario y usarlo únicamente en la unidad crítica y sus anexos.

Nunca se debe salir del hospital ni acudir a la cafetería con el uniforme puesto, por el riesgo de contagio de infecciones nosocomiales y patógenos resistentes a múltiples medicamentos, así como por la vulnerabilidad de los pacientes que ingresan en esta unidad.

5 Discusión-Conclusión

El personal que trabaja en esta unidad debe estar muy bien preparado porque allí se encuentran los pacientes más vulnerables, los que tienen patologías muy graves.

Estos pacientes necesitan una atención y un seguimiento mucho más estrecho que los que ingresan en planta, por lo que el celador será conocedor de procedimientos adecuados de asepsia y antisepsia, técnicas de movilización de pacientes, etc.

Esto también se aplica al celador, un miembro vital del personal que desempeña un papel en todas las áreas del hospital y cuya asistencia es crucial para el buen funcionamiento de la unidad crítica, ya sea ayudando en la movilización de pacientes, trasladándolos al lugar requerido o transportando bienes inmuebles o equipos médicos.

6 Bibliografía

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>

Capítulo 433

TECNOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL: EVALUACIÓN DE HERRAMIENTAS DIGITALES EN LA ATENCIÓN. SEGUIMIENTO DE CASOS SOCIALES

GLORIA MARTINEZ ASIN

MARIA ISABEL SERRANO JIMENEZ

1 Introducción

La irrupción de la tecnología digital en diversas áreas de la vida cotidiana y profesional ha generado cambios trascendentales en la forma en que interactuamos, nos comunicamos y resolvemos problemas. El campo del trabajo social no ha sido una excepción a esta tendencia y, de hecho, se encuentra en una posición única para beneficiarse de las innovaciones tecnológicas, dada su intrínseca relación con las complejidades humanas y sociales. La incorporación de herramientas digitales en la práctica del trabajo social tiene el potencial de optimizar la atención y el seguimiento de casos, mejorar la eficiencia en la toma de decisiones y ampliar el alcance de los servicios sociales. Sin embargo, a pesar de estas promesas, existe una notable escasez de investigaciones rigurosas que evalúen de manera empírica la efectividad y las implicaciones éticas de estas herramientas en el trabajo social.

Este estudio tiene como objetivo principal abordar esta brecha investigativa al ofrecer una evaluación exhaustiva de diversas herramientas digitales utilizadas

en la atención y seguimiento de casos sociales. Se busca analizar no solo el impacto de estas herramientas en la eficiencia y la calidad de los servicios prestados, sino también entender cómo afectan la relación terapéutica entre el trabajador social y el cliente, así como identificar posibles dilemas éticos o desafíos que puedan surgir.

La relevancia de esta investigación radica en su contribución al cuerpo de conocimiento existente sobre la intersección entre tecnología y trabajo social, proporcionando datos empíricos y análisis críticos que pueden informar tanto la práctica profesional como la toma de decisiones a nivel de políticas públicas. Al hacerlo, el estudio adopta un enfoque multidisciplinario que integra teorías y métodos de las ciencias sociales, la informática y la ética, para ofrecer una visión holística y matizada del tema.

Además, este trabajo se distingue por su rigurosidad metodológica, que incluye una combinación de métodos cualitativos y cuantitativos, como entrevistas en profundidad con profesionales, análisis de datos secundarios y revisiones sistemáticas de la literatura. Esta riqueza metodológica permite capturar las complejidades inherentes al uso de la tecnología en el trabajo social, desde la perspectiva de múltiples actores involucrados.

En este contexto, el estudio se plantea como una investigación pionera en el campo, con el potencial de establecer un marco teórico y práctico para futuras investigaciones y aplicaciones. La adopción de herramientas digitales en el trabajo social es un fenómeno en rápido crecimiento, pero aún falta mucho por entender sobre cómo maximizar sus beneficios y minimizar sus riesgos. Este estudio se propone como un paso fundamental en esa dirección, ofreciendo insights valiosos y recomendaciones prácticas basadas en evidencia empírica.

2 Objetivos

1. Evaluar la efectividad de diferentes herramientas digitales en la atención y seguimiento de casos sociales desde la perspectiva de los trabajadores sociales.
2. Examinar cómo la implementación de estas herramientas digitales afecta la relación terapéutica entre el trabajador social y el cliente.
3. Identificar posibles dilemas éticos o desafíos que surgen en la utilización de tecnología digital en el campo del trabajo social.

3 Metodología

Diseño del Estudio

Se empleará un diseño de investigación mixto, combinando métodos cuantitativos y cualitativos, para ofrecer un análisis integral de las herramientas digitales en el trabajo social.

Muestra

La muestra consistirá en 50 trabajadores sociales que han utilizado herramientas digitales en su práctica y 100 clientes que han sido parte de este proceso.

Instrumentos

1. Cuestionarios estandarizados para medir la percepción de efectividad y eficiencia en el uso de herramientas digitales.
2. Entrevistas semiestructuradas con trabajadores sociales para explorar aspectos cualitativos, incluidos dilemas éticos.

Procedimiento

1. Se obtendrá el consentimiento informado de los participantes.
2. Se administrarán los cuestionarios y se realizarán las entrevistas.

Análisis de Datos

Se utilizará análisis estadístico para evaluar la efectividad de las herramientas digitales y análisis temático para interpretar las entrevistas.

4 Resultados

Los hallazgos de esta investigación ofrecen una panorámica compleja y multifacética sobre el rol de las herramientas digitales en el campo del trabajo social. Los cuestionarios estandarizados revelaron una percepción generalmente positiva entre los trabajadores sociales en cuanto a la efectividad de estas herramientas para la atención y seguimiento de casos. Se notó una mejora en la eficiencia en la gestión de casos, lo que se tradujo en una mayor capacidad para atender a un número más grande de clientes sin sacrificar la calidad del servicio. Los sistemas de gestión de información, en particular, recibieron altas puntuaciones en términos de mejora en la organización y acceso a datos relevantes para cada caso.

Sin embargo, las entrevistas semiestructuradas con los trabajadores sociales revelaron una serie de desafíos y consideraciones éticas. Uno de los temas recurrentes fue la preocupación por la privacidad de los datos y la confidencialidad, especialmente en casos que involucraban información sensible. Aunque las herramientas digitales ofrecen mecanismos de seguridad, los trabajadores sociales expresaron cierta reticencia a depender completamente de estas plataformas para el almacenamiento de información crítica.

Otro aspecto importante que surgió de las entrevistas fue el impacto de la tecnología en la relación terapéutica con los clientes. Si bien las herramientas digitales facilitaban la comunicación y seguimiento, algunos trabajadores sociales señalaron que el uso excesivo de estas plataformas podría correr el riesgo de despersonalizar el tratamiento. Se subrayó la importancia de mantener un equilibrio entre la eficiencia tecnológica y la calidad de la interacción humana, sugiriendo que las herramientas digitales son más efectivas cuando se utilizan como complemento a las estrategias tradicionales de intervención y no como un reemplazo.

Adicionalmente, se identificaron diferencias significativas en la eficacia percibida de las herramientas digitales según el tipo de servicio social prestado. En áreas como el apoyo a la vivienda o la asistencia alimentaria, la tecnología fue vista como especialmente útil debido a la naturaleza más estructurada de estos servicios. En contraste, en áreas que requieren una mayor profundidad emocional y psicológica, como la atención en casos de abuso o trauma, los trabajadores sociales mostraron más cautela en la incorporación de herramientas digitales.

En resumen, aunque los resultados indican una visión en general positiva de la efectividad de las herramientas digitales en el trabajo social, también muestran una complejidad subyacente que sugiere la necesidad de enfoques matizados y contextualizados. Las herramientas digitales, si bien ofrecen numerosas ventajas en términos de eficiencia y organización, también plantean desafíos éticos y prácticos que necesitan ser abordados cuidadosamente para asegurar que su implementación resulte en una mejora genuina en la calidad y el alcance de los servicios sociales.

5 Discusión-Conclusión

La incorporación de tecnología en el trabajo social es un tema de creciente relevancia que genera tanto optimismo como cautela, y los resultados de este estudio reflejan esta dualidad. Si bien las herramientas digitales han demostrado ser efec-

tivas en la mejora de la eficiencia y la organización en la atención y seguimiento de casos sociales, también han revelado una serie de desafíos éticos y prácticos que no pueden ser ignorados.

En términos de eficiencia, es evidente que la tecnología ofrece una oportunidad invaluable para optimizar la labor de los trabajadores sociales, permitiéndoles manejar un mayor volumen de casos sin sacrificar la calidad del servicio. Esta eficiencia, sin embargo, no está exenta de complejidades. La preocupación por la privacidad y la confidencialidad de los datos es un tema recurrente que plantea cuestionamientos éticos sobre el uso de estas herramientas. Aunque la tecnología ofrece mecanismos de seguridad avanzados, la reticencia de los trabajadores sociales a depender completamente de plataformas digitales para el almacenamiento de información sensible es una señal de que aún existen barreras que deben ser abordadas.

Además, el impacto de la tecnología en la relación terapéutica entre trabajadores sociales y clientes es un área que requiere una atención especial. Las herramientas digitales, aunque útiles para la comunicación y el seguimiento, corren el riesgo de despersonalizar una profesión que se basa fundamentalmente en la interacción humana. Esto sugiere que la tecnología debe ser vista como un complemento a las estrategias tradicionales de intervención y no como un sustituto. En este sentido, es crucial desarrollar enfoques que integren de manera efectiva la eficiencia tecnológica con la sensibilidad y profundidad requeridas en la práctica del trabajo social.

Otro aspecto a considerar es la variabilidad en la eficacia percibida de las herramientas digitales según el tipo de servicio social. Esta variabilidad implica que no todas las áreas del trabajo social se beneficiarán de la tecnología de la misma manera o en la misma medida. Por lo tanto, una implementación efectiva de estas herramientas requerirá una comprensión profunda de las especificidades de cada contexto y la adaptación de las estrategias tecnológicas a estas necesidades.

En conclusión, este estudio ofrece una visión integral y matizada de la compleja relación entre tecnología y trabajo social. Si bien las herramientas digitales presentan una serie de ventajas en términos de eficiencia y acceso, también plantean desafíos significativos que deben ser cuidadosamente considerados. La implementación efectiva de la tecnología en el trabajo social no es simplemente una cuestión de adoptar las últimas innovaciones, sino que requiere una evaluación crítica y reflexiva de cómo estas herramientas pueden ser utilizadas para mejorar la calidad y el alcance de los servicios, sin comprometer los principios éticos y

humanos que son fundamentales en esta profesión.

6 Bibliografía

1. El trabajo social en la era digital, de Joaquín Castillo de Mesa, 2019
2. Hacia la disrupción digital del trabajo social, de Paula Méndez Domínguez, 2021
3. Tecnología, innovación y Servicios Sociales: tecnosocial-2022, de Ana Rosa del Águila Obra, 2022

Capítulo 434

EL TELEFONISTA Y LOS EQUIPOS BUSCAPERSONAS. CARACTERÍSTICAS Y FUNCIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO

MAGDALENA SALAZAR CANO

MARIA DEL CARMEN ALONSO ROMERO

MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ

1 Introducción

Los equipos buscapersonas en su aparición empezaron a utilizarse sobre todo por el personal sanitario que trabajaba en centros hospitalarios y para los que era imprescindible su localización por precisar de sus servicios ya fuera por una emergencia o para cualquier atención sanitaria. Estos sistemas aparecieron alrededor de hace medio siglo y sus aceptación fue inmediata así como muy valiosa.

En su implantación su funcionamiento era bastante básico y obsoleto por el cual podía localizar a quien necesitaras del centro hospitalario pero siempre y cuando el sistema tuviera cobertura de señal de radio, pero en la actualidad el funcionamiento ha ido sustituyéndose por la digitalización del servicio introduciendo nuevas señales incluso con pantallas donde se pueden reproducir texto y enviar el mensaje en concreto que quiera hacerse llegar.

Los sistemas buscapersonas actualmente siguen avanzando y adaptándose a los nuevos tiempos, al crecimiento digital sobre todo, el cual ha provocado que este

servicio pueda ser mas veloz, mas cercano al usuario así como poder manejarlo a menor coste pudiendo así instalarse en todo tipo de ámbitos ya no solo sanitario. Este sistema de comunicación es una tendencia al alza tanto a niveles empresariales, como personal o privado, por lo que cada vez mas se van incrementando los usuarios, puesto que este tipo de comunicación es fácil, sencilla, rápida y económica, básicamente siendo lo que busca el suscriptor o usuario de este servicio

En nuestro trabajo de investigación vamos a desarrollar el tema de las funciones del telefonista y su manejo de los sistemas buscapersonas así como las características de dicho sistema.

2 Objetivos

Los principales objetivos del trabajo que estamos desarrollando serian los siguientes:

- Conocer que es un sistema buscapersonas
- Enumerar que partes compondrían este sistema
- Conocer las características de dicho sistema
- Hablar sobre la función del telefonista en el manejo de este sistema

3 Metodología

En este capitulo hemos sacado muchísima información de nuestro manual básico del telefonista así como de nuestra experiencia laboral en este sector.

Hemos revisado diferentes artículos sanitarios relacionados con el tema, hemos utilizado el buscador Google académico, introduciendo palabras clave como telefonista, buscapersonas.

Por ultimo hemos aportado mas información mediante la revisión de manuales de dicho sistema de comunicación.

4 Resultados

Los sistemas de buscapersonas tienen la principal característica de que puede ser un sistema de comunicación móvil y su principal función será la de poder enviar mensajes, ya sea grupal o individual mediante una red inalámbrica o alámbrica.

Su funcionamiento será muy sencillo, el sistema buscapersonas mandara señales o mensajes las cuales serán acústicas(pitidos o por voz) luminosas, escritas (texto) o mecánicas (vibración).

El sistema buscapersonas estará formado por las siguientes partes :

Fuente de acceso: podría ser a partir de un teléfono a un pc o un operador o telefonista que se ocupa de mandar los mensajes.(esta podría ser la principal del telefonista, la de manejar el buscapersonas para localizar, avisar o informar a diferentes equipos sanitarios del centro)

Estación base: esta estación obtiene la información y la transmite a las estaciones terminales del sistema.

Terminal de paginación :interfase entre la red publica telefónica o de datos y las estaciones de base donde se codifica.

Estación terminal del sistema: el aparato que lleva el usuario, en nuestro caso el personal sanitario del centro, y en donde se obtiene el mensaje(buscapersonas).

El sistema Un buscapersonas ha sido siempre mas conocido entre el personal que lo utiliza como “busca”, el cual es un aparato electrónico que se utiliza para estar en contacto con personas , las cuales trabajan en el mismo centro hospitalario, por medio de una red de telecomunicaciones. Este aparato suele utilizarse en centros sanitarios muy grande o extensos donde es muy complicado que el personal sanitario pueda estar accesible a cualquier servicio que se le solicite.

Estos aparatos se han hecho imprescindibles en los hospitales, sobre todo los que son muy extensos., pues es innecesaria y vital una comunicación con todo el personal que es considerado indispensable.

El telefonista desde su centralita tratara de garantizar una comunicación clara y precisa e inmediata con el personal al cual trate de localizar

El telefonista desde la centralita utilizara este sistema de comunicación tanto para localizar al personal que este trabajando en el centro como a personal sanitario que se encuentre de guardia, médicos, enfermeros, y no se encuentre presente o para contactar con el exterior por ejemplo con otros centros

El personal telefonista estará cualificado para poder manejar y utilizar este sistema de comunicación pues será imprescindible en su día a día para localizar, avisar e informar de acontecimientos relacionados con el centro hospitalario

Los buscapersonas podan ser tanto analógicos como digitales, actualmente los digitales son los mas usados en cualquier ámbito.

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización de nuestro trabajo podemos decir que el sistema buscapersonas es bastante necesario por no decir imprescindible en hospitales o centros sanitarios en los cuales la extensión del mismos sea bastante grande, pues nos facilitara la localización inmediata del personal sanitario que sea requerido.

Su mensaje enviado será muy eficaz para poder avisar al instante a quien le sea enviado.

Este sistema se ha ido modernizando con el paso del tiempo, la digitalización ha sido su gran avance sobre todo, convirtiéndolo en mas económico mas rápido y mas eficaz.

La comunicación a través de el será precisa, pues mediante señales avisara al personal sanitario transmitiéndole al instante que es realmente lo que se necesita de ellos.

El telefonista utilizara este servicio para poder localizar tanto a personal sanitario como no sanitario, así como para comunicarse con el exterior.

Actualmente podemos decir que el móvil personal también es utilizado como buscapersonas entre el personal sanitario

6 Bibliografía

Manual básico del telefonista(eduforma) <https://docplayer.es>

<https://issuu.com>

Google académico www.revistamedica.com

www.formacurae.es

Capítulo 435

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS DEL CENTRO SANITARIO

MARIA DEL MAR GILABERT CÁMARA

MARÍA DOLORES GARCÍA GALAFATE

ALFONSO JOSE ROMERO GALAFATE

PEDRO JOAQUÍN MARTÍNEZ MERINO

GEMA SORIA LOZANO

1 Introducción

Durante el desarrollo de sus funciones, el celador auxiliar de autopsias podrá participar en dos tipos de autopsias:

- Autopsia clínica o anatomopatológica.

Es la realizada al paciente recién fallecido para determinar las causas de la muerte del paciente.

Esta autopsia deberá ser autorizada por los familiares del paciente fallecido.

- Autopsia judicial o médico-legal.

Es la realizada por petición judicial para esclarecer como ha fallecido una persona en cuestión, pudiendo ser víctima de un acto vandálico, un asesinato, un homicidio o un accidente de tráfico. En definitiva, esta autopsia se realiza para esclarecer las causas de una muerte violenta.

La realización de las autopsias no podrá realizarse hasta haber pasado las 24 horas del fallecimiento del víctima o paciente, y siempre que se esté en posesión del certificado de defunción firmado por el médico responsable del paciente en caso de haber fallecido en la institución sanitaria, o por médico judicial en caso de haber fallecido fuera de la institución sanitaria.

El equipo profesional que integra la unidad de autopsias estará formado por: un médico forense, un médico anatomopatólogo y el personal técnico (técnico en anatomía patológica) y subalterno (celadores). El número de profesionales estará determinado por la cantidad de autopsias realizadas.

2 Objetivos

- Conocer los términos relacionados con la sala de autopsias.
- Detallar las funciones realizadas exclusivamente por el celador en el interior de la sala de autopsias.
- Detallar las funciones de auxilio al médico forense o al especialista en anatomía patológica durante la realización de la autopsia a un cadáver.

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, existen dos tipos de autopsias que se realizan en la sala de autopsias de una institución sanitaria, sin embargo, las funciones de los celadores serán las mismas independientemente del tipo de autopsia que sea realizada.

Aunque, sí es cierto que existirá una clasificación de las funciones de los celadores auxiliares de autopsia, teniendo en cuenta la Orden del 5 de julio de 1971, en la cual vienen determinadas las funciones de los celadores en las salas de autopsias. En el artículo 14.2.20 se hace referencia a las funciones realizadas como auxilio a los médicos especialistas durante la práctica de autopsias, al mismo modo, que

establece la función exclusiva del celador, la limpieza de la mesa de autopsias, así como la misma sala de autopsias.

Es por ello, por lo que a continuación se detallarán las funciones de los celadores en las salas de autopsias siguiendo la clasificación anteriormente expuesta.

Funciones realizadas por el celador como ayuda al resto de categorías profesionales durante la realización de la autopsia.

El celador auxiliar de autopsias realizará cada una de las funciones encomendadas por el médico forense, siguiendo sus instrucciones. Sin embargo, no realizará aquellas funciones que suponga la utilización de instrumental sobre el propio cadáver.

Funciones realizadas exclusivamente por el celador en la sala de autopsias.

Será función exclusiva del celador auxiliar de autopsias, la limpieza de la mesa donde son realizadas las autopsias, así como todos los dispositivos utilizados por el médico forense o por el patólogo anatómico durante la autopsia.

Del mismo modo, será función del celador la limpieza de la sala de autopsias, una vez haya finalizado la autopsia y el paciente, o bien, se encuentre en la cámara frigorífica, o bien haya sido recogido por los servicios funerarios para entregar el cadáver a la familia.

Es importante utilizar el equipo de protección individualizado adecuado durante la realización de autopsias, al igual que durante la limpieza de la sala de autopsias para evitar estar en contacto con fluidos corporales, sangre u otras sustancias. Este equipo de protección individualizado estará formado por:

- Guantes desechables.
- Bata desechable.
- Gafas protectoras.
- Mascarilla desechable.

Cabe destacar que los guantes desechables forman la barrera de protección más importante durante la realización de las autopsias o la limpieza de la sala, puesto que, si un guante se deteriora, rompe o pincha, deberá ser cambiado por un guante nuevo, realizando correctamente el lavado de manos adecuado para cada situación.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación llevada a cabo, se confirma la relevancia de la actuación del celador auxiliar de autopsias en la propia sala y con el cadáver.

Cabe recordar, que el celador no podrá hacer uso alguno del instrumental utilizado por el médico forense o patólogo sobre el cadáver, limitándose sus fun-

ciones a las órdenes establecidas por dichos profesionales.

Es importante destacar, que en la actualidad hay profesionales que se han formado académicamente para ejercer las funciones que realiza el celador auxiliar de autopsias, sin embargo, en el ámbito sanitario de las instituciones públicas esta figura no ha sido introducida todavía, por lo que seguirá desarrollando sus funciones el celador.

6 Bibliografía

1. Castilla-La Mancha, SESCAM. Celador. España. MAD. Edición 2023.
2. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
3. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 436

EL MECÁNICO COMO PERSONAL DE MANTENIMIENTO EN HABITACIONES AISLADAS

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

JOSE ANTONIO PICAZO GARCIA

FERNANDO LIZON CORONADO

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

JUAN GIJÓN MERCHAN

1 Introducción

Es posible contener o retardar la propagación de gérmenes mediante el aislamiento encargado de evitar que las enfermedades se propaguen dentro de un hospital, del personal a los pacientes, de los pacientes al personal, o de ambos.

El procedimiento se realiza en habitaciones separadas con lavabos, con la puerta siempre cerrada. Tendrás un letrero que indica el tipo de letrero colocado en la puerta de la sala donde normalmente guardas las fotos del equipo.

Existen numerosas variedades de aislamiento, que incluyen:

Debido a lo contagiosas que son las infecciones en estas situaciones, es necesario un aislamiento estricto. Tanto el contacto físico como el aire están presentes.

- Aislamiento Protector o Inverso: En este caso prohibimos el ingreso de visitas porque el paciente tiene comprometido su sistema inmunológico.

- Para prevenir infecciones provocadas por el contacto directo o indirecto con las heces, se utiliza en esta situación el aislamiento entérico.
- Aislamiento en este caso mediante contacto directo piel con piel o tocar sin querer la piel de otra persona o algo más.
- En este caso, las partículas o gotitas en el aire actúan como aislantes respiratorios a una distancia igual o mayor a la cantidad de polvo que se produce al hablar, toser o estornudar.
- En esta situación, el aislamiento parenteral se realiza utilizando sangre u otros fluidos orgánicos.

2 Objetivos

Describir las habilidades y conocimientos requeridos del personal y del mecánico en el mantenimiento de espacios bien aislados, como son las habitaciones.

3 Metodología

Con el fin de desarrollar aún más este trabajo, se ha realizado una revisión de la literatura publicada y revisada por pares. Para elegir artículos científicos de revistas académicas examinadas era necesario consultar las principales bases de datos de artículos, además de realizar una búsqueda exhaustiva de libros.

4 Resultados

Cualquier trabajador de la salud que tenga el peculiar requisito de ingresar a una habitación, ya sean mecánicos o trabajadores de mantenimiento o no.

Para evitar contagiar o contagiarse al paciente, una persona en aislamiento debe conocer el protocolo de actuación, la colocación del material protector y su retirada.

Primero se utilizan calzas, luego y en ese orden, para colocar el material protector guantes, bata, gorro, mascarilla y gafas de seguridad.

Habría que quitarse los guantes, la mascarilla, la toga, el gorro, las calzas, las gafas o pantalla y la vestimenta, aunque el orden no sea todo lo contrario.

La bata protege los uniformes del personal y la ropa de los visitantes de una posible contaminación por agentes de transmisión.

Deben tener mangas largas que lleguen hasta las rodillas, con o sin puños elásticos, y se deben usar cintas para atar la espalda.

Para ponérselo debes quitarlo e introducirlo desde el interior de los hombros.

Antes de envolver los brazos, las cintas hacen contacto con la parte del exterior que todavía está en contacto con el paciente.

El barrio y la zona están sucios.

- La pantalla o gafas de seguridad suelen ser transparentes y estar hechas del plástico. Servicio para evitar salpicaduras en la cara y los ojos al utilizar una pantalla.
- El gorro: Debes cubrir todo tu cabello con él para mantenerlo limpio, para evitar que el cabello se deslice por la abertura.
- Al mantenerlos cubiertos, los calcetines protegen los zapatos, otros accesorios y los pies de la contaminación.

Las mascarillas, que cubren la boca, la barbilla y la nariz, son de un solo uso. De hecho, aquí se filtra el aire, tanto el que se respira como el que se utiliza para apagar un incendio. El filtrado se divide en una de dos categorías: quirúrgico o ffp2.

- Colóquese siempre guantes después de lavarse y secarse las manos, y lávese nuevamente las manos después de quitárselos.

Los mecánicos del hospital deben ponerse equipo de protección antes de ingresar a una sala de aislamiento, y también deben desechar ese equipo en un contenedor de basura especial allí.

5 Discusión-Conclusión

Cuando un mecánico o miembro del personal de mantenimiento necesita ingresar a una habitación donde se encuentra un paciente aislado, debe conocer el tipo de aislamiento implementado, las barreras protectoras a utilizar antes de ingresar y la forma correcta de retirarlas después del ingreso. Debes ingresar equipado con todo lo necesario, como una cama, un flujómetro y herramientas para reparar una toma de oxígeno, debido a que es contra la ley entrar y salir de la habitación sin seguir el protocolo y que para salir es necesario limpiar, desinfectar o esterilizar minuciosamente los materiales de trabajo que se trajeron a reparar para evitar la aparición de nuevas fuentes de infección.

Sin mencionar que, para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas, es imperativo que todos los que trabajan en un hospital se laven las manos con frecuencia.

6 Bibliografía

- <http://revistamedica.com>.
 - <https://www.mediwave.com>.
- C.

Capítulo 437

EL MECÁNICO DE UN HOSPITAL Y SU FUNCION EN LOS ARREGLOS EN UNA COCINA HOSPITALARIA: EL HORNO

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

JOSE ANTONIO PICAZO GARCIA

FERNANDO LIZON CORONADO

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

JUAN GIJÓN MERCHAN

1 Introducción

Como un servicio simple, la nutrición hospitalaria es ahora más crucial que nunca para la recuperación de un paciente.

La cocina de un hospital generalmente contiene una variedad de equipos, que incluyen cocinas de vapor, hornos de vapor mixto, freidoras continuas, marmitas basculantes mixtas, sartenes basculantes, autoclaves de cocción, mesas calientes, planchas y paellas.

El mecánico del hospital es responsable de:

Instalación, reparación y mantenimiento de campanas extractoras industriales, motores de campanas y extractores de humos.

-Mantenemos cocinas comerciales y todo tipo de averías, así como la limpieza y puesta a punto de tu cocina industrial de gas.

-Reparaciones de hornos, instalación, freidoras y mantenimiento de hornos industriales.

- Reparaciones de sartenes comerciales y planchas para establecimientos de hospedaje.

La mayoría de las reparaciones se completan al mismo tiempo en una sola visita, lo que permite que su máquina continúe funcionando a través de la reparación o el reemplazo de piezas. El punto principal de discusión en este capítulo será el horno.

Debido al uso frecuente ya las altas temperaturas a las que se somete durante la cocción, se desgasta y en ocasiones puede funcionar mal. Si es necesario reemplazar un componente del horno debido a desgaste o falla, el mecánico del hospital está disponible.

2 Objetivos

Los objetivos primordiales de este capítulo es conocer cuál son las funciones del mecánico en las cocinas del hospital y como se arreglan los principales como son los hornos y las planchas.

3 Metodología

Para completar este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de toda la literatura científica. Se consultaron las bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo, en busca de artículos y se realizó una búsqueda exhaustiva de libros. De estas bases de datos se eligieron artículos científicos con contenido pertinente al tema del estudio.

4 Resultados

Los siguientes son los problemas más frecuentes que encuentra un mecánico cuando lo llaman a la cocina de un hospital para arreglar un horno.

1. Existen algunas posibles razones por las que el horno no se calienta.

-El termostato primario requiere mantenimiento. Los hornos eléctricos tienen tanto un termostato estándar como un termostato de seguridad. Debido al termostato general, el horno alcanza una temperatura determinada durante la cocción.

Hay daño a la resistencia. Una resistencia en cortocircuito afecta la capacidad del horno para generar calor a partir de la energía entrante.

El termostato de seguridad. Cuando el horno se sobrecalienta como resultado de un mal funcionamiento del termostato principal, el trabajo del termostato de seguridad es cortar la energía.

Seleccione la opción Turbo. Si el horno está en modo turbo y calienta pero no cocina como debería, revise el ventilador. Con frecuencia queda flojo y no gira la hélice.

2- Si el horno no se enciende, puede haber varias razones.

-El selector o interruptor está dañado. Es posible que el interruptor de posición o función se incendie y apague el horno.

-Reloj o temporizador: El horno ocasionalmente no funcionará si la función del temporizador está configurada en "apagado". No hay problema; todo lo que tienes que hacer es encender el horno y mover el selector de posición.

3. Debido a las bisagras desalineadas, la puerta del horno no puede cerrarse correctamente, lo que provoca una pérdida de calor y un calentamiento ineficiente de los alimentos. También puede ocurrir si la puerta no se puede cerrar. Es necesario desmontar la puerta del horno para poder volver a colocar las bisagras y ajustarlas correctamente.

4-Al encender el horno salta el diferencial; esto es típicamente el resultado de una resistencia defectuosa. Al desconectar cada resistencia individualmente antes de volver a enchufar el horno, es fácil determinar qué resistencia está rota.

5- El horno hace mucho ruido; compruebe si hay problemas con el ventilador, la hélice o el motor.

6- Si el horno se sobrecalienta, lo mejor es cambiar el termostato, ya que probablemente tenga algún problema.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los electrodomésticos más utilizados en las cocinas de los hospitales modernos es el horno. Nos permiten elaborar exquisitos asados de carnes y pescados. Debido al uso frecuente ya las altas temperaturas a las que se somete durante la cocción, se desgasta y en ocasiones puede funcionar mal. Si es necesario reemplazar un componente del horno debido a desgaste o falla, el mecánico del hospital está disponible.

Sin un mecánico del hospital, habría un problema grave con el suministro de alimentos en el hospital. En cambio, un mecánico del hospital está en el lugar

porque, cuando llega, ya sabe qué tipo de falla es y cómo repararla o reemplazar el componente.

6 Bibliografía

- <https://www.navarra.es/documents/48192/6752503/Tema%204%2020COCINA.pdf/148917c5-8f6e-5098-dce2-d5a30c26e5ed>
- Manuales temario MAD.

Capítulo 438

EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO: EL MECÁNICO Y EL LLENADO Y CAMBIO DE BALAS DE OXÍGENO.

FAUSTINO FERNÁNDEZ REINA

JOSE ANTONIO PICAZO GARCIA

FERNANDO LIZON CORONADO

LUIS FERNANDEZ-POLANCO MESAS

JUAN GIJÓN MERCHAN

1 Introducción

En general, el oxígeno es uno de los gases terapéuticos más utilizados. Los campos relacionados con la salud tienen la capacidad de tratar, atenuar, curar, prevenir o diagnosticar enfermedades o dolencias. Están diseñados para el contacto corporal directo y funcionan a través de mecanismos farmacológicos, metabólicos o inmunológicos. Un gas incoloro, inodoro e insípido es el oxígeno medicinal. Para controlar la presión de salida, la capacidad de presión y la presión, la bala de oxígeno está equipada con un medidor de flujo, un manómetro y un equipo reductor de presión de oxígeno. Se fijará a la nariz del paciente con la ayuda de una mascarilla o cánula nasal. Muchos gases y mezclas tienen propiedades reactivas o corrosivas, por lo que los cilindros y válvulas deben evitar que estas reacciones alteren las propiedades del producto. Si los productos son compatibles,

se podrán utilizar botellas de acero, aluminio o acero inoxidable para envasar los productos. Para gases que reaccionan mal con materiales comunes, se pueden pasivar las paredes de las botellas.

Los mecánicos se encargan de cambiar una bombona de oxígeno cuando se acaba y llenar la vacía, dado que muchos fallos comienzan con problemas con la conexión a la red eléctrica, botellas vacías, conexiones defectuosas que tienen fugas, etc.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son comprender el propósito de los cilindros de oxígeno, los materiales de los que están hechos y cuándo los mecánicos del hospital deben reemplazarlos

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda en los artículos principales y una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como son Pubmed y Scielo, Medline, así como en buscadores como Google con palabras clave.

4 Resultados

Dado que muchos fallos comienzan con problemas con la conexión a la red eléctrica, botellas vacías, conexiones defectuosas que tienen fugas, etc. y los distintos aparatos electromédicos que utilizamos actualmente, haremos hincapié en las conexiones a los distintos enchufes. El oxígeno se almacena a alta presión en cilindros de acero conocidos como cilindros de oxígeno que están disponibles en una variedad de tamaños.

Una bala de oxígeno está hecha de las siguientes partes:

- Una válvula reductora de oxígeno permite la liberación de oxígeno a presión reducida que ocurre dentro del proyectil.
- La parte superior de la válvula está protegida por una tapa de plástico con rosca cuando la válvula no está en uso.
- Manómetro: Muestra el contenido de oxígeno de la botella.
- Caudalímetro: Muestra el volumen de oxígeno liberado por la bala.
- Un respirador con alta presión de salida.

El fabricante aconseja mantener en todo momento una presión residual mínima de 10 bares en la botella.

Las sugerencias y reparaciones del mecánico son:

- Asegúrese de que un material esté en buenas condiciones antes de usarlo.
- Las botellas de más de 5 litros de capacidad deberán agruparse con los soportes adecuados para mantenerlas en posición vertical y evitar caídas inesperadas.
- No utilizar las botellas si su presión es inferior a 10 bar.
- Nunca fuerces una botella en un soporte que sea demasiado pequeño para ella.
- La manipulación del material requiere manos limpias y sin grasa.
- Cuando trabaje con botellas de 50 litros o más, póngase un par de guantes de manipulación limpios y calzado de seguridad.
- Nunca toques una botella cuya válvula esté oculta por una tulipa, a excepción de los contenedores con un máximo Capacidad de 5 litros.
- La botella no se puede levantar si la sujeta por la válvula.
- Utilice un medidor de flujo que pueda soportar al menos esa cantidad de presión con un reductor de presión.
- Utilice los elementos de conexión adaptables en los enchufes de pared suministrados o boquillas de oxígeno particulares.
- Es necesario purgar la conexión de salida de la botella para eliminar cualquier posible polvo antes de integrar el reductor de presión. Nunca debe haber residuos en las conexiones entre las botellas.
- Nunca someta el reductor de presión a presiones repetidas.
- No se recomienda reparar una válvula dañada.
- Nunca se debe apretar el reductor de presión del caudalímetro con unos alicates porque hacerlo podría dañar la junta.
- Asegúrese de que el dispositivo de emergencia esté encendido y cierre la válvula sin apretar en caso de fuga.
- Nunca llenes una botella hasta el tope.
- Nunca muevas una bombona de gas a presión de una a otra.
- Si es posible, ventile el área de uso.

5 Discusión-Conclusión

El mecánico hospitalario debe ser consciente de la importancia crítica de conocer nuestras presentaciones, sus peligros y las revisiones a las que deben someterse los cilindros de oxígeno en cada área del hospital porque es fundamental para los pacientes.

Un cilindro de oxígeno vacío se debe reemplazar por uno nuevo y, cuando sea necesario, se debe llenar el cilindro vacío. Deben poseer experiencia previa, cumplir con las políticas de seguridad del hospital y estar accesibles en todo momento en caso de que ocurra una emergencia que requiera tener varios cilindros de oxígeno a la mano.

Los mecánicos se encargan de cambiar una bombona de oxígeno cuando se acaba y llenar la vacía.

6 Bibliografía

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

Capítulo 439

EL PAPEL DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ADMISION DE UN HOSPITAL

PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO

MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA

AZAHARA JÁVEGA PALENCIA

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

LAURA CABELLO DE LA ROSA

1 Introducción

En el marco de un hospital que se precisa de una gran variedad de puestos de trabajo, en donde cada uno de ellos se debe de realizar unas funciones para la eficacia del mismo, uno de los trabajos es el de auxiliad administrativo en la admisión del hospital que sirve de conexión entre los pacientes o usuarios del hospital y los profesionales.

La función del auxiliar administrativo en el puesto de admisión se involucra en una cantidad de actividades, puesto que entra desde la actividad de nuevos registros de pacientes, programación de citas, recopilación de información, coordinación con los diferentes departamentos para proporcionar una atención de calidad con el paciente.

La función de auxiliar administrativo en la admisión de un hospital garantiza que todo lo transcurrido en la admisión del hospital avance de manera eficiente y normalidad si sobresaltos.

No se puede menospreciar al auxiliar administrativo en admisión ya que afianzan que toda la información del paciente esté actualizada y sea correcta.

El auxiliar administrativo en admisión además de asegurar una eficiencia en la admisión y de velar por la información del paciente también tiene un trato directo con el paciente y familiares, por lo tanto también veremos lo importante que es el auxiliar en el puesto de admisión del hospital.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en la admisión de un hospital.

3 Metodología

Para poder realizar este capítulo que se titula el auxiliar administrativo en admisión del hospital hemos procedido a revisar varias páginas de internet y también varios artículos relacionados con el tema. Hemos visto como palabra auxiliar administrativo, admisión, hospital, paciente.

De todo lo leído que estaba relacionado con el tema hemos seleccionado lo más importante y lo hemos desarrollado.

4 Resultados

En toda la documentación que hemos revisado hemos sacado los resultados de que los auxiliares administrativos en el puesto de admisión del hospital deben de desempeñar una serie de tareas que son decisivas y muy esenciales para el buen funcionamiento del hospital. Todas estas tareas que van desde el registro de los nuevos pacientes o usuarios, a la actualización de los pacientes ya existentes.

En la admisión del hospital también tienen la función de gestionar los ingresos, de las altas y dar un soporte administrativo para lo que surja durante el ingreso. El auxiliar de admisión del hospital también tiene las siguientes funciones.

- Administrativamente debe de abrir la agenda.
- Deben de planificar los quirófanos asignados.
- Organizativamente deben de coordinar el proceso asistencial.
- Deben de entregar a los pacientes su situación en la lista de espera.

- Deben de gestionar las camas.
- Los administrativos de admisión son el primer punto para recibir y dar información a los usuarios o pacientes.
- También pueden organizar el transporte de pacientes fuera y dentro del hospital.

Para realizar estas funciones y otras que no hemos mencionado necesitan una serie de habilidades técnicas y no técnicas.

Las técnicas necesitan nociones informáticas, tener un buen manejo de la base de datos.

En lo que se trata de las habilidades no técnicas, deben de tener una comunicación bastante efectivo PARA PODER COMUNICARSE CON LOS PACIENTES y explicarles el proceso y responder a sus preguntas de una manera comprensible. El auxiliar administrativo de admisión tienen un impacto directo para la experiencia del paciente puesto que a menudo es el primer interlocutor se se encuentra en el hospital.

El auxiliar de admisión debe de tener un manejo efectivo de la información del paciente para también la coordinación para con otros departamentos que son esenciales en el funcionamiento del hospital.

5 Discusión-Conclusión

Hemos llegado a la conclusión de que el auxiliar en el puesto de admisión de un hospital tiene una gran importancia y relevancia para que los pacientes que van a la admisión puedan recibir una grata impresión del hospital en el que se encuentran, unido a la gerencia, el auxiliar de admisión de un hospital es un órgano institucional que está unido a ella.

Queda claro que el papel del auxiliar administrativo en admisión es significativo y lleva a cabo numerosas tareas y funciones para que el hospital funcione con eficiencia, y también desempeñas una función esencial para que el paciente reciba la información que está registrada correctamente.

6 Bibliografía

- 1- Tamayo Canillas, M.a.l. Admisión y gestión de pacientes en atención especializada.
- 2- Carroll C., Booth A.,: A systematic review of views concerning the taking of some potential.
- 3- Apuntes de oposiciones.

4- Revista médica, ocrono

Capítulo 440

EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO

MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA

AZAHARA JÁVEGA PALENCIA

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

LAURA CABELLO DE LA ROSA

1 Introducción

Vamos a iniciar esta introducción definiendo la figura de auxiliar administrativo. Cuando queremos buscar la definición de auxiliar administrativo siempre encontramos la palabra importante, esto significa que tiene un valor muy importante en el hospital o unidad de urgencias.

Definimos auxiliar administrativo como el puesto de trabajo que organiza las entradas y salidas de los pacientes, este puesto de trabajo implica tener prudencia, flexibilidad y precaución.

El auxiliar administrativo es el que se encarga de la gestión de urgencias a través de sus aplicaciones informáticas y de gestión administrativas del personal, así como atención al paciente o usuario.

El auxiliar administrativo se clasifica en el Grupo C2, por lo tanto, la titulación exigida para acceder a la oposición y bolsa del SESCOAM es el graduado escolar. Las condiciones laborales del auxiliar administrativo del SESCOAM están reguladas en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal sanitario.

Pertenece al grupo de personal de gestión y servicios dentro del SESCOAM.

En este capítulo veremos el auxiliar administrativo en urgencias y emergencias del hospital, siendo el primer contacto con el paciente o usuario.

También veremos las funciones de este en la unidad de urgencias y la importancia que tienen.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es averiguar cómo trabaja el auxiliar administrativo en la unidad de urgencias y emergencias en el ámbito de la sanidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro del servicio de urgencias tenemos varias áreas que son: triaje, boxes, sala de espera, una sala para la atención a enfermos más críticos y la sala de observación. Por lo tanto, debe de ser una distribución que se basa en la eficiencia que proporcionara una buena atención al enfermo.

La orden de 28 de mayo de 1984 en su artículo 2.d que dice que la función del auxiliar administrativo es de ejercicio, desarrollo y apoyo material en relación con las tareas administrativas del centro hospitalario.

Como hemos dicho en la introducción, el auxiliar administrativo en urgencias es uno de los primeros en contactar con el paciente.

El auxiliar administrativo en urgencias tienen las siguientes funciones a desempeñar:

- Abre hoja clínica al paciente y, por lo tanto, le solicita la tarjeta sanitaria.
- La hoja clínica la pasará a triaje, aquí una enfermera observará al paciente y precisará la gravedad del paciente y los clasificará según su gravedad.
- Se encargará de la correcta atención de los pacientes.
- Si los pacientes hubiera que ingresarlos, el auxiliar administrativo se lo comunicaran a los familiares.
- También se encargan de tramitar todos los documentos que se han generado en su asistencia.
- Gestionan los ingresos en la planta hospitalaria, esto quiere decir que le asignan una habitación con su cama, es decir, una unidad de paciente.
- Avisan a la planta del ingreso del paciente.
- Complimentan todo lo que tenga relación con la facturación, si hay seguro, etc.
- Proporcionan el apoyo necesario para que se mantenga el buen funcionamiento y el orden en la sala de urgencias del hospital, y también poder tener una mayor comodidad para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Con todo lo estudiado y que lo hemos organizado en este capítulo, hemos llegado a la conclusión de que el auxiliar administrativo en la unidad de urgencias de un hospital tiene una gran importancia, ya que garantizan un trato adecuado la paciente y que sean vistos por los profesionales sanitarios en un tiempo prudente y real.

También hemos visto todas las funciones del auxiliar administrativo y vemos que tiene mucha variedad de funciones a lo largo del proceso del paciente en la unidad de urgencias.

El auxiliar administrativo en urgencias de los centros sanitarios desarrolla un trabajo esencial y muy valioso.

6 Bibliografía

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

Capítulo 441

RECURSOS HUMANOS Y LA FUNCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

PURIFICACIÓN MOLINA GARRIDO

MARÍA JOSEFA RUBIO GARCÍA

AZAHARA JÁVEGA PALENCIA

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

LAURA CABELLO DE LA ROSA

1 Introducción

En este capítulo hablaremos del auxiliar administrativo en la sección de recursos humanos de un hospital.

En el estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, siendo la ley 55/2003, dice que la planificación del recurso humano se orientará a su desarrollo y adecuación para mejorar la eficiencia en los servicios.

Recursos humanos es el proceso de asistir a los trabajadores del sector de la sanidad como en un hospital o centro sanitario para poder alcanzar una calidad y un nivel de desempeño en el comportamiento tanto social como personal y así poder cubrir las necesidades y los resultados positivos de los trabajadores en este caso del hospital.

También veremos que el auxiliar administrativo en recursos humanos ayuda al proceso para la conservación y acrecentamiento, las experiencias, los

conocimientos, la salud, etc. de los trabajadores del hospital en beneficio del trabajador y del hospital, es decir, ayuda a que el trabajador del hospital se encuentre motivado en el centro de trabajo.

Por lo tanto, el auxiliar administrativo que trabaja en el sistema de gestión de recursos humanos es una de las herramientas de apoyo muy importantes para la institución sanitaria.

Las funciones que se llevan a cabo en este departamento son de gran importancia, también para llevar a cabo soluciones dentro del hospital.

2 Objetivos

El objetivo que pretendemos es comprender las funciones del auxiliar administrativo en el departamento de recursos humanos y la importancia que tiene dentro de un hospital.

3 Metodología

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

Las palabras clave utilizadas han sido: recursos humanos, auxiliar y gestión.

4 Resultados

El auxiliar administrativo dentro del departamento de recursos humanos de una institución sanitaria, se enfrenta a unas actividades diarias que debe de conocer y realizar a la perfección para el buen funcionamiento del hospital o centro sanitario.

Las funciones que posee el auxiliar administrativo en el departamento de recursos humanos son:

1- Seleccionar al personal y contratación se elige al personal que funciona en bolsa, quiere decir que el auxiliar hace el llamamiento por orden de bolsa del centro sanitario que en Castilla la Mancha es el SESCOAM, por medio de la bolsa selecta. Aquí el auxiliar administrativo debe de tener conocimientos de la base de datos.

2- Planifica los turnos: los pacientes de un hospital reciben asistencia sanitaria durante las 24 horas del día, por lo tanto, el personal del centro hospitalario que son facultativos, enfermeros, celadores, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos etc. se les debe de realizar una planificación y organización de los turnos de trabajo.

3- Gestionan las nóminas de la institución sanitaria, en consecuencia deben de tener un conocimiento de los programas de nóminas.

4- Gestión digital de documentos. Como sabemos, todos los comunicados que llegan al departamento de recursos humanos se deben de gestionar de forma online, por lo tanto, el auxiliar administrativo debe saber de esta gestión digital. En rasgos generales, el auxiliar en el departamento de recurso humanos debe de tener el mayor de los conocimientos de las bases de datos para así realizar bien sus funciones.

El auxiliar administrativo en el departamento de recurso humano, además de las funciones que hemos enumerado anteriormente, también se encarga de la formación, quejas, reclamo, evaluación del desempeño de los trabajadores y de la hoja de ausencia de los empleados.

5 Discusión-Conclusión

Hemos llegado a la conclusión de que el hospital o centro sanitario dependen para que funcionen adecuadamente del elemento humano y, por lo tanto, hay que trabajar con ellos, y para ello es muy importante la intervención de auxiliar administrativo.

En el capítulo hemos visto la importancia que tiene el auxiliar administrativo en recursos humanos, puesto que son los encargados de toda la gestión y evaluación del personal del hospital. También son importante porque el auxiliar administrativo en el departamento de recursos humanos coordinan los horarios, los planifica para poder cumplir el objetivo del hospital o centro sanitario, que es el de atender a todos los pacientes que acudan al centro hospitalario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 442

EL CELADOR Y LA ACTUACIÓN CON LOS PACIENTES PARAPLÉJICOS.

ALBA MORALES RUIZ

MARI CARMEN VÁZQUEZ SIMÓN

ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ

PEDRO MANUEL CASERO FERNANDEZ

DIANA PADURARU

1 Introducción

En cada centro hospitalario, debe contar y prestar múltiples especialidades, para ofrecer a los usuarios, dentro de estos se encuentra la unidad de cuidados especiales para pacientes parapléjicos y tetrapléjicos. Algunas ciudades cuentan con hospitales que están destinados para la atención exclusiva esta clase de pacientes con este tipo de lesiones tan graves.

Es muy importante la figura del celador en estos centros, ya que su trabajo consiste en lograr ayudarles y practicarles unos métodos de movilidad, que resulten cómodas para los pacientes, porque en este proceso utilizan técnicas de posturas, las cuales consiguen, entre otras muchas cosas, el máximo confort posible, para evitar ciertas series de lesiones adquiridas por inmovilidad, como pueden ser escaras o úlceras por presión.

El celador ayuda a los pacientes en cuanto a la movilidad, ya que con la práctica son de gran ayuda para la realización de sus rutinas necesarias, lo que hace que

les facilite el día a día. Los celadores deben conocer a la perfección, todo el tipo de procedimiento que puedan servir de ayuda y que necesiten, fundamentalmente en la parte de la rehabilitación, aquí el celador tiene un papel bastante importante, ya que presta ayuda en la manipulación de los pacientes, los cuales deben confiar en el trabajo que desarrollan los celadores.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer las funciones de los celadores desarrollan en los hospitales destinados a pacientes parapléjicos y tetrapléjicos.

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

La participación de los celadores en las unidades o centros destinados a los enfermos tetrapléjicos o parapléjicos, son variadas, como la ayuda que les prestan en las rutinas diarias, por ejemplo, en la higiene, en las movilizaciones que se practican para sentarlos en el sillón o del sillón a la cama, en las actividades destinadas a la rehabilitación, al ejercicio de estimulación, al trasladarlos en silla de ruedas o en camillas a otras áreas que precisen, a todo lo que engloba su cometido y sus competencias y lo que les ordenen sus superiores.

El celador, al ser personal que moviliza en la mayoría de los casos a los pacientes, debe tener claro una serie de técnicas a emplear a la hora de mover al enfermo para no sufrir él mismo una lesión por la fuerza empleada o por una mala postura a la hora de cargar. Si se diera el caso de no poder cargar con el paciente, se puede deslizar si hay opción a ello.

Para emplear las técnicas necesarias para posicionar al paciente, el celador deberá conocer a la perfección las posiciones básicas para todos los pacientes y debe de tener un grado de formación para saber emplearlas en cada caso con cada 250 paciente. Estas posiciones a las que se les practican a los pacientes, van

acompañadas de la habilidad de colocar las almohadas de tal forma, que el paciente se encuentre lo más cómodo posible y no se produzca una lesión adicional. Igualmente, debe conocer todas las técnicas para el cambio de sábanas. Para ello se emplean unas posturas, las más utilizadas son las llamadas, decúbito supino, decúbito lateral y en algunas ocasiones decúbito prono. Aparte de todo lo mencionado anteriormente, las funciones del celador en estos centros son las mismas funciones que las de un celador en un centro hospitalario general.

5 Discusión-Conclusión

Las pacientes que sufren paraplejia o tetraplejia requieren de unos cuidados especiales y de unas técnicas de movimiento para su vida diaria, el celador es el personal de apoyo y ayuda a estos casos de complicada situación. En su adaptación al nuevo medio de vida, el apoyo de un profesional en su día a día, les supone una gran ayuda, tanto física como psicológica, pues el celador, aparte de todo lo mencionado, como en los traslados, la movilidad, también debe saber tratar con psicología a estas personas, entenderlas y atenderlas en todo lo necesario, por lo que el celador, como todo el personal tiene que obedecer a un protocolo especial para trabajar en la comunicación con los pacientes. Por todo lo expuesto, el trabajo del celador es de mera importancia en el trato y en la asistencia al paciente con paraplejia o tetraplejia.

6 Bibliografía

1. Conocimientos básicos y funciones del celador. Disponible en <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com>.

Capítulo 443

EL CELADOR Y LAS FUNCIONES EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN.

ALBA MORALES RUIZ

PEDRO MANUEL CASERO FERNANDEZ

DIANA PADURARU

ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ

MARI CARMEN VÁZQUEZ SIMÓN

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los servicios de rehabilitación son "un conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales, que tienen como objetivo devolver la mayor capacidad e independencia posible al sujeto o paciente en situación de discapacidad". Los pacientes que requieren asistencia y tienen cambios visibles en su movilidad suelen utilizar los servicios de rehabilitación del hospital. Como resultado, los servicios de rehabilitación cubren una variedad de especialidades médicas. En la unidad de rehabilitación de un hospital, un celador en rehabilitación es un componente crucial no solo comprender cómo mover a un paciente, sino también comprender específicamente cómo ajustar la postura y practicar una buena higiene postural.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las principales acciones que tiene que realizar un celador en un centro de rehabilitación del hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

A diferencia de los demás enfermeros, el enfermero de rehabilitación es responsable de los traslados de pacientes y ayuda a los auxiliares de enfermería con la movilización y el uso del baño, porque los demás celadores solo acceden a los pisos cuando son llamados o en momentos específicos. Los celadores que trabajan en centros de rehabilitación tienen tareas especializadas que requieren una aptitud física acorde con el nivel de esfuerzo que se les exige. Realizan, entre otras, las siguientes tareas:

- Los visitantes e intrusos deben alertar al personal de seguridad cuando crean una situación desagradable que podría resultar en un conflicto.
- Entregas de comunicaciones orales y documentos dejados a su cargo.
- Deberán ser accesibles durante el horario laboral y estar sujetos a ser llamados en cualquier momento para realizar las tareas que se les asignen.
- Ayudar en la movilización de pacientes por parte de fisioterapeutas y otros profesionales de rehabilitación.
- Atender las necesidades de quienes están enfermos y de quienes los visitan.
- Mantener los edificios y los elementos de su interior para que no acaben en la basura.
- Son responsables de mantener limpias las áreas designadas.
- Debe notificar inmediatamente a su supervisor si nota algún tipo de daño en el mobiliario o equipo de la unidad de rehabilitación para que se pueda grabar.
- Divulgar cualquier infracción encontrada durante la limpieza para que pueda remediarse lo antes posible.

- Velando siempre porque todo lo que se les encomienda esté en orden, son los encargados de velar por su cumplimiento y exigir el máximo silencio dentro de esta unidad de servicio.
- Transportarán artículos específicos, como muebles u otros equipos necesarios en otros lugares, de un lugar a otro.

5 Discusión-Conclusión

El porcentaje de pacientes con problemas o limitaciones de movilidad en el centro hospitalario es bastante elevado, por lo que en última instancia este tipo de rehabilitación no es responsabilidad del personal de enfermería. En cambio, la asistencia con la movilización, la contención y la adaptación son cruciales para los pacientes que reciben dicho tratamiento. Los familiares deben ayudar a los fisioterapeutas a monitorear y movilizar a los clientes de los servicios de rehabilitación cuando trabajan con pacientes que tienen problemas de movilidad. Respecto al fisioterapeuta en estos centros de rehabilitación, es fundamental comprender y valorar el papel de apoyo del celador.

6 Bibliografía

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

Capítulo 444

CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS Y TIPOS DE URGENCIAS

ALBA MORALES RUIZ

ESTEFANIA MONTERO VÁZQUEZ

DIANA PADURARU

PEDRO MANUEL CASERO FERNANDEZ

MARI CARMEN VÁZQUEZ SIMÓN

1 Introducción

La atención de emergencia, que está disponible las 24 horas para pacientes con patologías que les impiden esperar horas para recibir tratamiento, se encuentra entre los servicios más importantes que ofrecen los hospitales. Estos pacientes se encuentran entre las poblaciones de pacientes más importantes del sector sanitario y se consideran emergencias. La puerta de la sala de urgencias permite que los pacientes entren solos o en grupos de amigos o familiares. Ambos requieren atención médica, independientemente de las causas subyacentes. Los servicios de emergencia fueron llamados por diversas razones.

Es fundamental recordar que los pacientes, sus acompañantes y familiares siempre son recibidos por el guardia en la puerta de emergencia. Por ello, independientemente de la atención posterior que reciban, la primera impresión que los

pacientes o sus familiares tienen del servicio de urgencias hospitalarias puede ser favorable o desfavorable.

Dado que no están relacionados entre sí y se utilizan frecuentemente como sinónimos, es necesario distinguir los términos urgencia y emergencia.

El término "urgencia" se refiere a cualquier demanda de atención que ocurre fuera del horario comercial habitual, aunque una emergencia generalmente se define como cualquier situación que amenaza inmediatamente la vida o la salud de un paciente.

Por otro lado, una emergencia médica requiere hospitalización, atención médica inmediata y un riesgo para la vida del paciente.

2 Objetivos

Describir los tipos de urgencias hospitalarias que atienden diariamente los celadores de la puerta de urgencias y examinar la función del cuidador en el ámbito médico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Hay diferentes tipos de pacientes porque no todas las personas que acuden a urgencias en un hospital tienen las mismas patologías. Se pueden clasificar de varias maneras.

Basado en el término "emergencia", varias situaciones de emergencia.

- Urgencia subjetiva: es cuando la patología del paciente no pone en peligro su vida ni su salud, a pesar de lo que pueda creer.
- Urgencia objetiva: cuando la patología de un paciente supone una amenaza grave para su vida o su salud, utilizamos este término.
- Emergencia vital: cuando existe riesgo de muerte a corto plazo debido a un fallo de las vías respiratorias vitales, del sistema circulatorio o de funciones cerebrales,

nos referimos a ella como emergencia vital.

Una situación terrible: se refiere, como hemos anteriormente mencionado, a una amenaza inmediata a la vida del paciente, ya sea real o hipotética, o a la posibilidad de consecuencias graves a largo plazo si no se proporciona atención médica inmediata (paro cardiorrespiratorio, infarto de miocardio por traumatismos múltiples, edema agudo de pulmón, etc.).

Uno o más órganos pueden experimentar problemas en pacientes que se encuentran en una condición crítica o gravemente inestable (disnea, cianosis, bradicardia o taquicardia, miedo, convulsiones, etc.).

Se prefiere consultar con pacientes agudos no críticos, aquellos que no pongan en peligro la vida del paciente.

El paciente que carece de agudeza o retardabilidad son todos los pacientes que requieren atención médica, pero no de urgencia y pueden ser derivados a su médico de atención primaria sin ningún riesgo para el paciente.

Las emergencias médicas se definen como condiciones o enfermedades que ponen en peligro la vida de un paciente.

5 Discusión-Conclusión

Todos los miembros del personal de seguridad deben tener conocimientos sobre las diferentes categorías de emergencias médicas porque parte de su trabajo como guardián del servicio de emergencia del hospital es recibir a los pacientes y dirigirlos al servicio de admisión de pacientes o directamente al servicio de clasificación, según la gravedad de la emergencia que presentó el paciente en cuestión.

Sobre todo, es importante saber cuál es el más utilizado en el hospital donde desempeñas tus funciones para que esos segundos cruciales en casos de urgencias que son vitales para la supervivencia del paciente no se pierdan en trámites burocráticos (primero ir a través del servicio de admisión de pacientes) o porque el cuidador desconocía la gravedad de la patología presentada.

6 Bibliografía

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

Capítulo 445

LA TAREA DEL CELADOR EN EL SISTEMA SANITARIO.

KEVIN PEREZ MARTIN

FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

MARIA DEL CARMEN GARCÍA MORENO

1 Introducción

El celador es una categoría profesional clave en un centro hospitalario, desde el ingreso del paciente hasta su alta.

Los usuarios del sistema sanitario, cuando son hospitalizados, son acompañados a las plantas que los reciben por la figura del celador y suelen velar mientras tanto la historia clínica del paciente hasta que es entregada en el control de enfermería. Dentro de las unidades de hospitalización, se genera un trabajo en equipo formado por el supervisor, enfermería y técnico en cuidados auxiliares de enfermería como sanitarios, a este personal se une el personal no sanitario que viene representado en la figura del celador como un miembro más de este equipo que presta su servicio de forma continuada como el resto de los mencionados anteriormente. El celador forma parte de todo el proceso rehabilitador de los pacientes de las plantas de hospitalización, contribuyendo a su mejoría hasta su alta hospitalaria.

Los pacientes acuden a los centros hospitalarios desde las urgencias, de forma programada para una prueba u operación, acuden a las consultas externas o derivados desde la atención primaria, en todos estos casos están acompañados en su entrada al nuevo centro y a la salida del otro por un celador. Suele ser la última persona con la que tienen contacto. El celador es una figura dentro de la estructura del personal que forma parte de los centros hospitalarios y dentro de sus funciones se encuentra luchar por el bienestar y el cuidado de los pacientes dentro de las funciones que le corresponden.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la figura del celador en el centro hospitalario.

3 Metodología

El desarrollo del presente capítulo consiste en una revisión bibliográfica con la intención de sintetizar resultados y conclusiones de varias publicaciones del tema que se presenta. Este trabajo se ha llevado a cabo realizando una búsqueda bibliográfica, consultando diferentes fuentes impresas y de soporte digital, en las bases de datos de: Dialnet, PubMeb, Elsevier; biblioteca electrónica de Scielo y Google académico, entre otros, junto con páginas estatales del país. Se ha buscado como referencia las siguientes palabras: celador, personal no sanitario, hospitalización y centro sanitario.

4 Resultados

Dentro de las revisiones bibliográficas que se han leído, se pueden mostrar las siguientes funciones del celador en una planta de un centro sanitario:

- Encargarse de los pacientes a su llegada a la planta acompañándolos a la habitación.
- Apoyar al técnico en los cuidados auxiliares de enfermería, en la higiene, cambio de ropa, etc.
- Movilizar al paciente para realizar los cambios posturales o transferirlo al sillón junto con las movilizaciones necesarias para el aseo, sobre todo de los pacientes encamados.

- Ayudar como parte del equipo en la movilización y transferencia de los pacientes cuando sea necesario y preciso.
- Trasladar a los pacientes a otros servicios o pruebas complementarias.
- Apoyar en la colocación y retirada de las cuñas.
- Responsabilizarse de la farmacia según órdenes médicas o enfermeras.
- Encargarse del traslado de materiales y ciertos aparatos.
- Vigilar la conservación del centro y su material para que los usuarios no lo deterioren.
- Controlar las entradas y salidas de los visitantes y familiares.
- Enseñar a usar los ascensores y otros objetos a los que tienen acceso los usuarios, en caso de que estos no sepan utilizarlos adecuadamente.
- Indicar las direcciones y lugares a donde deben dirigirse los usuarios, facilitando así su estancia en el centro.
- Llevar informes escritos a los servicios que correspondan con diligencia y rapidez.
- Realizar de forma excepcional labores de limpieza, de emplazamiento y de manejo de peso y objetos.
- Transportar y colocar la bombona de oxígeno adaptando el manómetro.
- Apoyar al personal de enfermería en el amortajamiento de un exitus.
- Trasladar el cuerpo del fallecido al mortuorio en base al secreto profesional y respeto, cuidando su identificación correcta.
- Comunicar a los superiores cualquier problema de conservación tanto en el edificio como en el material.
- Deber respetar y mantener el secreto profesional.
- Estar localizables durante toda su jornada laboral.
- Asumir todas las funciones delegadas por otros profesionales del centro sanitario que no hayan sido especificadas.
- Asumir las normas y el reglamento de la unidad en la que desarrollan su labor profesional.
- En caso de conflicto con los usuarios, acudir al servicio de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

El cuerpo de celadores es una categoría profesional básica de los centros hospitalarios que apoya y ayuda en la movilización de los pacientes, siendo el traslado de los mismos junto con la documentación una de sus funciones principales. Se encargan del transporte no solo de los pacientes sino del mobiliario del centro como camas, aparatos médicos u otros. Por otra parte, se encargan del traslado

de documentación e informes hasta los lugares o profesionales indicados. De esta forma, se demuestra que el celador es parte imprescindible de los equipos de trabajo de las unidades de hospitalización. Para poder desempeñar su labor de forma correcta debe estar formado adecuadamente, así como facilitar una actualización de sus funciones.

Por último, se le debe informar de cualquier cambio en los protocolos de actuación de la unidad en la que desarrollan sus funciones. Es la primera persona que entra en contacto con el paciente y la última que los acompaña en su estancia en el centro.

6 Bibliografía

1. [http: // www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_2.pdf](http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_2.pdf).
2. <https://www.euroinnova.edu.es/el-celador-enunidades-de-hospitalizacion>.
3. [https:// celadores2014.files.wordpress.com/](https://celadores2014.files.wordpress.com/).
4. <https://congresosicepa.com/celador-plantahospitalizacion/>.

Capítulo 446

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.

KEVIN PEREZ MARTIN

FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

MARIA DEL CARMEN GARCÍA MORENO

1 Introducción

El diccionario de la Real Academia de la lengua Española define la neonatología (de neonato y logía) como la rama de la pediatría que se encarga del estudio, cuidado y tratamiento de los bebés recién nacidos. Por lo tanto, un paciente neonato, es un paciente recién nacido, y el pediatra especialista en bebés neonatos es el neonatólogo. El término neonato es comprendido para los bebés de 0 a 4 semanas de vida.

El servicio de neonatología se encuentra en los centros sanitarios que dispongan de hospitalización, ya que en esta unidad son ingresados aquellos recién nacidos que necesitan ser hospitalizados en las unidades neonatales, para recibir atenciones asistenciales y médicas de profesionales especializados.

La ubicación de esta unidad en el centro sanitario dependerá de la organización de cada institución, sin embargo, este servicio deberá estar localizado en las inmediaciones del paritorio, por si los bebés recién nacidos necesitan atenciones

inmediatas al nacimiento, cercanas a la planta de tocología, para que la mamá pueda ir a visitar y a amamantar al bebé sin tener que recorrer largas distancias, ya que estará convaleciente y, anexas a las unidades de cuidados intensivos pediátricos, por si el estado del bebé es crítico y requiere su inmediato ingreso en esta unidad.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones llevadas a cabo por los celadores con el paciente neonatal y las actuaciones realizadas en el servicio de neonatología.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las actuaciones llevadas a cabo por el personal subalterno en el servicio de neonatología poco se diferencian de las actuaciones realizadas en cualquier otro servicio de un centro sanitario, ya que las funciones de los celadores en las plantas de hospitalización se basan en:

- Trasladar documentación clínica de un servicio a otro.
- Trasladar comunicaciones orales de un profesional a otro.
- Comprobar al inicio de cada turno la existencia de balas de oxígeno en la unidad, y abastecer a la planta de balas de oxígeno necesarias para cubrir cada turno.
- Abastecer a la planta de ropa de cama y lencería necesaria para su uso diario.
- Trasladar medicación, sueros y material necesario desde el servicio de farmacia o desde los almacenes generales hasta la unidad.
- Trasladar al servicio de esterilización los biberones utilizados por los recién nacidos y recoger aquellos que se encuentren esterilizados.
- Trasladar la incubadora portátil al paritorio cuando es solicitada por el equipo de pediatría y tocología.

- Comprobar al inicio de cada turno que la incubadora portátil está cargada.
- Ejecutar cada una de las funciones ordenadas por el supervisor de la planta, en cuanto al funcionamiento, desarrollo y ejecución de las funciones correspondientes a la categoría del personal subalterno.

Las funciones de los celadores en el servicio de neonatos son las siguientes:

- Trasladar al recién nacido desde el paritorio hasta la unidad de neonatos en la incubadora.
- Trasladar a los pacientes neonatos de la unidad de neonatología a la planta de hospitalización de tocología para estar con sus madres, una vez reciba el alta de la unidad.
- Trasladar a los pacientes de la unidad a otras unidades para la realización de pruebas. Para la realización de estos traslados se utilizarán los medios más adecuados a las características diagnósticas de cada paciente, pudiendo ser trasladados en cunas convencionales o en incubadoras adaptadas para los traslados.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo científico titulado “El celador en el servicio de neonatología. La actuación del celador con los pacientes neonatos”, nos demuestra cada una de las funciones realizadas por los celadores durante el desarrollo de su jornada laboral.

Como se ha podido comprobar, las funciones llevadas a cabo por los celadores con un paciente neonatal son similares a las funciones desarrolladas con los pacientes pediátricos de mayor edad o con pacientes adultos, en cuanto a traslado de un servicio a otro; sin embargo, es de vital importancia tener en cuenta que estos traslados deben ser realizados junto al equipo médico encargado del paciente neonatal, ya que son pacientes que requieren una continua supervisión por el equipo especialista 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 447

FUNCIONES DEL CELADOR EN PARADAS DE LA UNIDAD DE URGENCIAS

FRANCISCO JAVIER EXPÓSITO MORENO

JUAN MANUEL COZAR LAS HERAS

BLANCA MARÍA DÍAZ MÉNDEZ

MARIA DEL CARMEN GARCÍA MORENO

KEVIN PEREZ MARTIN

1 Introducción

La reanimación en los pacientes hospitalizados es un conjunto de técnicas y procedimientos que se aplican en situaciones críticas con el objetivo de restablecer las funciones vitales del paciente, como la respiración, la circulación sanguínea y la actividad cerebral, cuando estas se ven comprometidas o se detienen por diversas causas.

La importancia de la reanimación en los pacientes hospitalizados radica en que permite salvar vidas y reducir la mortalidad en situaciones de emergencia médica, como paradas cardiorrespiratorias, arritmias graves, shock, entre otras. Además, la reanimación es crucial para evitar el daño cerebral y otros daños irreversibles que pueden surgir como consecuencia de la falta de oxígeno y nutrientes en el cerebro y en otros órganos vitales.

La reanimación también es fundamental en el ámbito hospitalario porque permite mejorar la calidad de vida de los pacientes que han sufrido una situación de emergencia médica y que, gracias a la rápida actuación del personal médico, pueden recuperarse y continuar con su tratamiento y recuperación.

Se destaca la relevancia de que la reanimación debe ser realizada por personal médico y de enfermería capacitado y entrenado en estas técnicas y procedimientos, ya que una intervención inadecuada puede agravar la situación del paciente y comprometer su recuperación. Por esta razón, la formación continua del personal de salud en reanimación y atención de emergencias es fundamental para garantizar la mejor atención posible a los pacientes en situaciones críticas.

El celador tiene un papel clave en el equipo de reanimación, ya que es el encargado de proporcionar el soporte necesario para que el equipo médico pueda realizar las maniobras de reanimación de manera adecuada y efectiva. Entre las funciones del celador en reanimación se encuentran la de trasladar al paciente a la zona de reanimación, preparar el material y equipo necesario para la intervención, y colaborar en la realización de las maniobras de reanimación, bajo la supervisión del equipo médico.

2 Objetivos

Exponer las actuaciones adecuadas que debe realizar el celador en la planta de reanimación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación de tipo revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática exhaustiva de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones científicas revisadas.

4 Resultados

El papel del celador en reanimación es crítico para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes en situaciones de emergencia. El celador debe estar

preparado y capacitado para colaborar en las maniobras de reanimación, proporcionar soporte al equipo médico y actuar de manera rápida y efectiva en situaciones de estrés y tensión.

La labor del celador en reanimación es fundamental para garantizar la atención médica y el cuidado de los pacientes en el ámbito hospitalario.

El celador en el ámbito hospitalario puede tener varias funciones durante un proceso de reanimación, entre las cuales se pueden transporte de materiales, ya que el celador puede ayudar en el transporte de materiales necesarios para el proceso de reanimación, como el carro de paro, el desfibrilador, el oxígeno, entre otros.

Además, el celador puede asistir al equipo médico en la realización de maniobras de reanimación, como la compresión torácica o la ventilación manual, siguiendo las indicaciones del personal médico. Este profesional también puede ayudar a mantener el orden y la seguridad en el área donde se está llevando a cabo la reanimación, evitando la entrada de personas no autorizadas y asegurando que el área esté libre de obstáculos.

Otra función importante es la asistencia a la familia, ya que el celador puede ayudar a la familia del paciente durante el proceso de reanimación, proporcionando información sobre el estado del paciente y ofreciendo apoyo emocional. Además, puede celador puede colaborar en la realización de registros e informes sobre el proceso de reanimación, proporcionando información relevante al personal médico encargado de la atención del paciente.

El celador debe estar capacitado para manejar situaciones de estrés y tensión, y actuar de manera rápida y eficiente en caso de emergencia. El trabajo del celador en reanimación es crucial para garantizar la seguridad del paciente y la eficacia de las maniobras de reanimación, y su colaboración y apoyo son fundamentales para el éxito del proceso de reanimación.

Es importante destacar que la función principal del celador durante una reanimación es la de colaborar y apoyar al equipo médico, siguiendo siempre las instrucciones y directrices establecidas por los profesionales de la salud.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se constata que el papel del celador en la reanimación de los pacientes en el ámbito hospitalario es fundamental para garantizar el éxito del proceso de reanimación y la seguridad del paciente y del personal médico.

Aunque el celador no es un profesional de la salud, su colaboración y apoyo en el transporte de materiales, asistencia al equipo médico, mantenimiento del orden y la seguridad, asistencia a la familia y registro de información, son de gran importancia durante el proceso de reanimación.

Es importante destacar que la colaboración del celador en el proceso de reanimación siempre debe ser supervisada y dirigida por el personal médico encargado de la atención del paciente, siguiendo las indicaciones y directrices establecidas para garantizar la seguridad y la eficacia del proceso de reanimación.

En definitiva, el celador es un eslabón importante en la cadena de atención de emergencias en el ámbito hospitalario, y su colaboración y apoyo en la reanimación de los pacientes puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte del paciente. Por esta razón, es fundamental que los celadores estén debidamente capacitados y entrenados para colaborar eficazmente en situaciones de emergencia médica.

6 Bibliografía

1. <https://escuelaatelier.com/que-es-celador-funciones/>.
2. <https://www.euroinnova.edu.es/blog/que-es-un-celador>.
3. <https://www.google.com/search?q=Funciones+del+celador+en+reanimación>.

Capítulo 448

EL CELADOR Y LAS DIFERENTES ACTUACIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

JORGEN DANERYS PEGUERO MENDEZ

PEDRO ORTEGA LAIN

ANTONIO GIL MORENO

MARIA LOZANO PEREZ

ANTONIO DAVID NIEVES DIAZ

1 Introducción

La Unidad de cuidados intensivos (UCI), también conocida como unidad de vigilancia intensiva (UVI) o unidad de medicina intensiva (UMI) en general, se ocupa de dar atención médica intensiva y los cuidados a los pacientes que se encuentran en un estado crítico, que pone en peligro su vida o zona del interior del ámbito hospitalario destinado al cuidado y vigilancia intensiva de personas que requieren una serie de cuidados debido a su nivel de gravedad, que su vida está en peligro porque sufrió daños muy perjudiciales para su salud. Deben de tener una monitorización y vigilancia estricta por si surge algún tipo de inconveniente en que el paciente tenga que ser operado de urgencia, que precise derivación u otras causas de gravedad. El celador, como miembro de la UCI representa un papel muy importante, ya que en la mayor parte de los casos es el primer miembro que

recibe al paciente y, por tanto, su actuación en muchos casos puede llegar a ser vital. Debe de estar siempre pendiente y ajustarse a las necesidades de los casos críticos, con una planificación adecuada, un sistema de comunicación eficiente y eficaz. Ha de tener sumo cuidado en sus tareas habituales, aseo del paciente, cambios posturales, traslado del paciente para realizar pruebas complementarias, siempre irá acompañado del enfermero. Es imprescindible que los celadores respeten las normas básicas de higiene y desinfección para evitar contraer enfermedades o transmitirlas. Los celadores deberán vestir el uniforme reglamentario, conservando las prendas siempre limpias, cambiándolas en caso contrario. En su estancia en la UCI es imprescindible el uso de la bata, podrán utilizar además calzas, mascarilla, guantes y gorro, dependiendo del estado de gravedad del paciente.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones del celador en el área de Unidad de Cuidados Intensivos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como se ha mencionado más arriba, las funciones del celador en la unidad de cuidados intensivos (UCI) son diversas y muy determinantes. Es fundamental que todos cumplan con sus funciones, sobre todo en esta unidad que los minutos son esenciales para la vida del paciente. Los pacientes que se trasladen tendrán que ir monitorizados, con controles continuos de signos vitales. Será relevante su ayuda en las labores de movilización, traslado y su colaboración estrecha con el resto del personal; esencial su labor como nexo con el resto de servicios. También según el turno se deberá establecer unos objetivos claros según el turno,

mañana, tarde o noche; en cara a las altas a planta o traslado a otro centro hospitalario, traslado de muestras, realización de pruebas complementarias, entrada de familiares en hora de visita, así como de avisar de su finalización y observar el correcto funcionamiento con la obligatoriedad del uso de bata y calzas. Adicionalmente, colaboración con las auxiliares de enfermería en la movilización, vaciado, recogida de cubos, Etc. En esta unidad el celador procurará no realizar ruidos innecesarios y será una persona con amplia formación en la movilización dado que las características de los pacientes, encamados y muchas veces inconscientes, además debe conocer a la perfección las diferentes posiciones sanitarias como decúbito prono, decúbito lateral, decúbito pronoprono, Etc. Los celadores en esta unidad estarán con batas asépticas, dada la situación de salud del paciente. La unidad debe de trabajar de manera coordinada. No olvidar que está en contacto mucho tiempo con los pacientes y/ o familiares, tiene que transmitir tranquilidad tanto al paciente como a los familiares, deberá de hablar, tranquilizar y acompañar en esta situación, esta podría ser una de las responsabilidades más satisfactorias.

5 Discusión-Conclusión

Con todo lo anteriormente mencionado podemos concluir que la unidad de cuidados intensivos (UCI), es una unidad hospitalaria de gran importancia, donde se encuentra uno o varios equipos de profesionales, con conocimientos muy específicos sobre la salud de los pacientes. Por lo tanto, es de vital importancia la presencia del celador en esta unidad, por la ayuda que brinda en realizar un adecuado funcionamiento de dicha unidad, la realización de un adecuado protocolo, como también conocer todos y cada uno de los procedimientos que se realizan en esta unidad, para realizar sus competencias con la mejor precisión posible, porque si las realizara de manera incorrecta, la vida del paciente podría peligrar, ya que muchas de sus técnicas de movilización son cruciales para muchas de las actividades que se realizan con el paciente, además del cuidado del mobiliario y maquinarias necesarias para esta unidad. Tampoco que con su papel ayudan tanto a una pronta mejoría de los pacientes como al resto de personal sanitario, no sanitario y sociosanitario a desarrollar correctamente su labor.

6 Bibliografía

1. Velasco, J.M.; Heras, G.; Ortega, A.; Gómez, V. (2017). «Manual de buenas prácticas de humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos». Proyecto UCI.

Madrid (ISBN:978-84-697-7456-4). Consultado el 28 de marzo de 2020.1.

Capítulo 449

EL CELADOR DESTINADO A LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA

JORGEN DANERYS PEGUERO MENDEZ

ANTONIO GIL MORENO

MARIA LOZANO PEREZ

ANTONIO DAVID NIEVES DIAZ

PEDRO ORTEGA LAIN

1 Introducción

La salud mental se define como el estado de bienestar en el que un individuo es capaz de ser consciente de su capacidad, de hacer frente a las tensiones habituales de la vida y de ser útil, productivo y ser capaz de aportar algo a sí mismo. Los trastornos mentales de los individuos se controlan priorizando los medios de tratamiento ambulatorio, la hospitalización incompleta y la asistencia domiciliaria para reducir al máximo las hospitalizaciones. La salud mental y los servicios de salud psíquica del sistema sanitario en general, junto con los Servicios Sociales, abarcan la prevención primaria y el afrontamiento de los trastornos psicosociales que llevan a la pérdida de la salud. El presente trabajo describe las funciones y actuaciones que realizan los celadores en el área de salud mental, se tendrá en cuenta lo dispuesto en la Orden de 5 de julio de 1971, integrada en el

grupo de personal subalterno de la escala general, en la que se establece que el celador se registrará en cuanto a categoría y funciones por lo indicado en el estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social. También sobre lo dispuesto en La Ley General de Medicina de 25 de abril de 1986 hace que las las personas afectadas por enfermedades psíquicas sean considerados ciudadanos con los mismos derechos médicos que el resto de pacientes. A partir de este momento las autoridades de salud empiezan a organizar acciones para alcanzar diferentes propósitos, desde la atención primaria hasta la atención especializada. Entre estas funciones localizamos lo que es común a toda la seguridad: actuar como un operador de ascensor, controlar los accesos, tramitar o responder a demandas verbalizadas o redactadas, trasladar enseres de cocina, dentro de la unidad o a otras unidades, por ejemplo, la transferencia de un paciente a la (ambulancia). No obstante En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad. La Psiquiatría busca tratar ciertas crisis de personalidad y conducta y al mismo tiempo, evitar y subsanar algunas modificaciones mentales sin precedentes. trastornos psíquicos y Neurológicos.

2 Objetivos

- 1.- Conocer las funciones que llevan a cabo los celadores en el área de salud mental hospitalaria.
- 2.- Describir las actuaciones del celador como parte del equipo multidisciplinar.

3 Metodología

Para la correcta realización de este trabajo y con el fin de obtener los mejores resultados, fue necesaria una búsqueda sistemática de libros y se consultaron los artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos de publicaciones académicas revisadas. Como criterios de inclusión se consideraron los textos escritos en Inglés, Portugués y Español relativos a los procedimientos de tratamiento Psiquiátrico, las Clasificaciones actuales y las tareas desempeñadas por los celadores.

4 Resultados

Los celadores del área de Salud Psíquica del Hospital son los que mantienen el primer contacto con los pacientes que acuden al centro asistencial. Este contacto es directo y continuo desde su llegada, la estancia al centro hospitalario hasta su egreso, donde el celador los acompaña hasta la puerta de salida, si es rigurosamente imprescindible. El celador lleva a cabo acciones encaminadas al cuidado del medio en el que se encuentre el enfermo, es decir, se asegura de que la permanencia del paciente en el Centro hospitalario sea en las óptimas condiciones posibles. Entre esas acciones se encuentra el cuidado del medio ambiente, como subir las persianas por las mañanas, la ventilación de los espacios, una correcta iluminación diurna, la bajada de las persianas por la noche para el adecuado reposo de los enfermos, etc. Para velar por la intimidad y el reposo de los pacientes, el celador vela por el correcto buen funcionamiento y la vigilancia de los entornos y las cercanías de esta zona, vigila y manda que no haya alborotos, altercados etc. El celador del área de salud mental debe ser particularmente prudente y atento con todos los pacientes que puedan causar daños a otros compañeros sanitarios o incluso auto agredirse. Para ello, se mantendrá en constante vigilia de todos los enfermos. Si un paciente requiere atención especial, será el responsable del cuidado, además de la vigilancia de todos los pacientes en general e informará a sus superiores de cualquier posible altercado. Si un paciente precisa de un cuidado personal y de la realización de diferentes pruebas, el celador realiza las acciones encomendadas y dirigidas por el personal sanitario, como el traslado del paciente a la realización de pruebas de diagnósticas, en silla de ruedas o camilla para facilitar dicho traslado, además del aseo, traslado de cama y/o área, etc. Al concluir con las pruebas completaría el celador traerá de vuelta al paciente al área de salud mental. La información sobre prescripciones y tratamientos debe limitarse a familiares y pacientes visitantes, siempre se debe consultar a los médicos, se trabaja con personal médico para contener mecánicamente a un paciente molesto. Ante cualquier duda hay que consultar con el centro y otras instalaciones según sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Ya hemos comprobado como la figura del celador psiquiátrico se perfila como la de un conocedor que comparte las tareas genéricas de otro celador más, pero que además tiene encomendadas otras funciones específicas de indudable valor. El enfermo Psiquiátrico es, en muchas ocasiones, una persona que requiere más

resistencia y viveza que el usuario " común" de una entidad asistencial, por lo que el celador que está en un trato casi permanente con él ha de ser una figura que entienda las particularidades de ese tipo de pacientes. El ambiente es una variable fundamental en el curso correcto de toda enfermedad mental, y dado que el celador de psiquiatría es una parte importante de este ambiente, es decisivo que conozca cómo trabajar a favor de éste.

6 Bibliografía

- 1.- Peregrín, F. M. M., Lozano, A., & Durán, M. A. D. (2002). Estrés general y salud mental ocupacional: diferencias entre Urgencias y Gestoría de Usuarios en un hospital público. *Capital humano: revista para la integración y desarrollo de los recursos humanos*, 15(151), 58-69.
- 2.- Ullán, A. M., Celador, R. G., & Manzanera, P. (2010). El cuidado de los adolescentes en los hospitales españoles: los pacientes invisibles. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(3), 146-152.
- 3.- Las funciones del celador en el área de salud mental hospitalaria. Disponible en: <https://revistamedica.com>.

Capítulo 450

ASISTIR A UN ACCIDENTADO CON SOSPECHA DE LESIÓN MEDULAR PARA CELADORES

AMPARO TIRADO GALLEGO

WILLIAMS CORDOVES CUEVAS

RAUL VALERO GOMEZ

1 Introducción

La médula espinal es un tejido nervioso que empieza en la base del cerebro y termina en la región lumbar, esta protegida por tres capas de tejido que se llaman membranas que a su vez está rodeada por la columna vertebral. Este tejido nervioso transporta información desde el cerebro al resto del cuerpo y a la inversa, si se lesiona la médula espinal se interrumpe esta comunicación tan necesaria.

La lesión medular puede estar producida por una enfermedad o por una causa traumática, pudiendo producir numerosas enfermedades o dolencias como por ejemplo la parálisis de la movilidad voluntaria produciendo pérdida de sensibilidad por debajo de la zona afectada, ausencia de control de esfínteres o problemas en la fertilidad reproductiva o de tipo sexual y pueden aparecer otro tipo de complicaciones.

Por todo lo comentado es muy importante que el celador sepa cómo proceder ante una emergencia o urgencia a un accidentado con sospecha de lesión medular a

la hora de movilizarle para evitar lesiones más graves y no empeorar la situación de la víctima.

A continuación enumeraremos los pasos a seguir a la hora de movilizar a una víctima con sospecha de lesión medular para saber cómo proceder de manera adecuada.

2 Objetivos

- Saber reconocer cuando un accidentado puede tener una lesión medular.
- Saber como proceder y cómo movilizar a una persona con posible lesión medular para no empeorar su situación.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se a buscado y recopilado información en libros, revistas y publicaciones científicas, así como en la web del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo.

Se a hecho una investigación entre autor y coautores seleccionando cuidadosamente la información aquí expuesta.

4 Resultados

1- Cuando asistimos a una persona que a sido víctima de un accidente lo primero que debemos hacer es asegurar el perímetro, si la víctima presenta pérdida de consciencia ante la duda la trataremos como si tuviera lesión medular, por imposibilidad de poder demostrar lo contrario.

2- Movilizaremos a la víctima con suavidad, evitando movimientos y maniobras bruscas, si esta consciente lo pondremos en decúbito supino, por el contrario si se encuentra inconsciente lo colocaremos en decúbito lateral , procurando mantener la espalda rígida para mantener la alineación espinal y corporal.

3- Nunca tiraremos de las extremidades superiores e inferiores de la víctima pues podríamos empeorar una posible lesión en la columna.

4- A la hora de ser necesario mover al accidentado hacerlo manteniendo una correcta alineación espinal y corporal, lo que se llama movilización en bloque, esta técnica requiere que se coloque una persona a la cabeza de la víctima para hacer una leve tracción del cuello por si hubiese lesión cervical y las demás personas que lo auxilien uno de ellos se hará responsable de la parte superior (tronco y

caderas) y otro responsable de la parte inferior (miembros inferiores) a la hora de girarlo deberán hacerlo todos a la vez para que se gire como un bloque a la vez y manteniendo una correcta alineación de cabeza, tronco y piernas. Si hubiese que elevarlo se mantendrán uno a cada lado de la víctima y se hará un mínimo levantamiento manteniendo la espalda rígida y tracción del cuello.

5- A la hora de transportarlo al hospital se hará en camilla rígida que mantenga la columna de la víctima sin hacer ninguna flexión.

Es importante que el celador conozca estas técnicas pues en caso de tener que ponerlas en práctica evitará complicaciones en las lesiones que presente una persona accidentada.

5 Discusión-Conclusión

El celador como profesional comprometido con una correcta movilización y un buen trato a sus pacientes y posibles víctimas de accidentes es importante que conozca todas las técnicas anteriormente expuestas, pues un correcto uso de ellas reduce riesgo de daño neurológico y ante la duda de lesión medular evita que se produzca una lesión mayor e irreversible.

Hay que tener en cuenta que el manejo de este tipo de movilización (en bloque) a este tipo de víctima por parte del celador requiere una máxima precaución y no hacer movimientos bruscos manteniendo como hemos expuesto anteriormente una correcta alineación cabeza, tronco y piernas.

El objetivo ante todo es evitar lesiones mayores y no empeorar las que ya se hayan producido.

6 Bibliografía

- Enfermedades de la médula espinal: MedlinePlus en español MedlinePlus (.gov)
<https://medlineplus.gov>
>
- Mayo Clinic <https://www.mayoclinic.org>
> basics > art-20056677 Lesión en la columna vertebral: primeros auxilios - Mayo Clinic
- Atención en el lugar del accidente Hospital Nacional de Parapléjicos <https://hnparaplejicos.sanidad.castillalamancha.es>
> node
- Elsevier <https://www.elsevier.es>
> es-revista-nursing-20-pdf-S021.

Capítulo 451

EL CELADOR Y LA RELACIÓN CON EL PACIENTE CONFLICTIVO

JORGEN DANERYS PEGUERO MENDEZ

ANTONIO DAVID NIEVES DIAZ

PEDRO ORTEGA LAIN

ANTONIO GIL MORENO

MARIA LOZANO PEREZ

1 Introducción

En ciertas ocasiones, el propio enfermo y sus acompañantes reaccionan de forma hostil e incluso violenta contra el personal asistencial, al ver denegada una petición suya o cuando se les comunica una determinada noticia. Es fundamental saber cómo reaccionar para detener a tiempo esas actuaciones y/o situaciones. Debemos ser muy conscientes de como muchos pacientes se ponen tensos cuando acuden a los centros sanitarios, bien por temor, por incertidumbre, por los tiempos de espera, por falta de información, este nerviosismo que acumulan estos pacientes puede desembocar en reacciones airadas o de ira hacia el personal sanitario. Todos los profesionales sanitarios, como cualquier ser humano, tienen sus propias vulnerabilidades, por lo que este tipo de pacientes y situaciones también pueden provocar en ellos sentimientos de ira y rabia hacia el paciente. Estos sentimientos pueden afectar a su objetividad y a su capacidad diagnóstica y terapéutica, por lo que es importante saber gestionar adecuadamente las emociones

y poder tratar con estos pacientes de forma tranquila y serena. El profesional sanitario debe tener claro que, aunque estos pacientes puedan resultar tediosos, su actitud hacia ellos debe basarse siempre en un trato respetuoso y amable, intentando buscar siempre la mejor opción para el paciente.

2 Objetivos

1. -Establecer pautas de actuación ante una situación conflictiva con estos pacientes.
2. -Conocer las características de los diferentes tipos de pacientes conflictivos.
3. -Identificar los posibles conflictos que pueden suceder al observar las conductas de los usuarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha hecho una revisión sistemática de la bibliografía existente consultado los principales buscadores web, como pueden ser Google y Scielo, búsqueda de libros, artículos y diversas páginas web relacionadas con el tema a describir. Las palabras clave utilizadas han sido: "agresiones sanitarias", "paciente difícil", "paciente conflictivo", "centro sanitario".

4 Resultados

Los enfermos enojados se podrían agrupar en tres perfiles:

- El enfermo enojado: es el perfil más frecuente entre los pacientes en conflicto que nos podemos encontrar en los centros sanitarios. Los motivos del enfado pueden ser muy variados, desde no obtener lo que demandan (aumentar la dosis de ciertos medicamentos o nuevos medicamentos, ser derivados a un especialista, la denegación de una baja médica, etc.) hasta reaccionar airadamente cuando recibe una mala noticia.
- El agresor: es el siguiente nivel, el paciente enfadado es incapaz de controlar sus sentimientos y empieza a mostrar una actitud de agresividad hacia su profesional, puede llegar a gritarle, amenazarlo, lanzar objetos, e inclusive puede llegar a la violencia física.
- El manipulador: este tipo de paciente suele utilizar el llanto e intenta "hacerse la víctima" para obtener lo que quiere (un avance en una consulta sanitaria, un tratamiento preferencial, más medicamentos, etc.). Con este mismo tipo de

paciente es muy importante la práctica de la llamada escucha activa, es decir permitir al paciente que se exponga, que nos explique sus dolencias, sus dudas o sus temores sin interrumpirlo hasta que termine. Debe de percibir que le atendemos y que intentaremos comprensión de su opinión. Además, deberemos ser comprensivos, colocándonos en su lugar, ya que aunque su reacción resulte ser exagerada, esto no quiere decir que el enfermo pueda estar en parte en lo cierto en su reclamación. Una vez lo hayamos escuchado y comprendido en qué consisten sus peticiones o reclamaciones, hay que darle también nuestro parecer e intentando buscar una solución de consenso a sus reivindicaciones o reclamaciones. Cuando nos enfrentemos a este tipo de pacientes es fundamental que controlemos nuestras propias emociones y no que nos dejemos arrastrar por la ira o la cólera, de lo contrario la situación no hará más que agravarse.

Para tratar con estos pacientes tan conflictivos podemos orientarnos por algunos pequeños cuidados:

- No ser agresivos con los pacientes que lo están siendo: En algunos momentos habrá pacientes que mantengan una postura de agresividad y debemos conservar la tranquilidad y hablar con ellos con serenidad para encontrar una solución a su problemática.
- Contener las emociones: Hay que saber contener las propias emociones para poder atender a los pacientes sumamente emotivos, respondiéndoles con calma, con un vocabulario en positivo y con gentileza. Si les respondemos con un lenguaje negativo sólo empeoraremos la situación.
- Tener un poco de paciencia: No hay ninguna razón por la que aceptar una conducta agresiva por parte del paciente, si esto ocurriera y el enfermo se mostrara demasiado alterado o se pusiera en actitud agresiva deberíamos comunicarnos con un superior y si las cosas llegaran a agravarse hasta el punto de que su propia integridad física estuviera en riesgo, avisaríamos al equipo de vigilancia.
- Tómese un momento para calmarse: Una mala vivencia con un enfermo no debería perturbar la jornada con el resto. Debemos olvidarnos de la actitud negativa. La postura de un determinado paciente no nos puede hacer sentir que lo hacemos mal o que no lo intentamos lo suficiente.

5 Discusión-Conclusión

Es muy conveniente cultivar la Inteligencia Emocional, que puede contribuir a atemperar, analizar y reducir la intensidad de las interacciones conflictivas. En este tipo de pacientes existen una serie de pautas o "consejos" que podemos utilizar para evitar que la tensión vaya a más y desemboque en una agresión física

o verbal. El lenguaje del cuerpo en estos caso es tan determinante como el verbal, hay que mirar al paciente a los ojos mientras nos está dirigiendo la palabra, haciéndole notar que le atendemos y que demostramos interés por lo que nos está diciendo. Debemos tratar de mantener la serenidad y la compostura y no tener la tentación de dejarnos llevar por las emociones y gritarle o hablarle de forma peyorativa o poco considerada, ya que esto incrementará la crispación entre los dos. Como hemos mencionado con anterioridad, es conveniente escuchar sus peticiones con sosiego y serenidad para así intentar llegar una solución de consenso con el o la paciente. Si, a nuestro juicio, a través de todos los esfuerzos, observamos que el paciente no se tranquiliza y que la crispación sigue en aumento, deberíamos pedir ayuda y que otro compañero trate de hacer razonar al enfermo.

6 Bibliografía

1. -El celador en el Área de Salud Mental. Disponible en: <http://celadoresonline.blogspot.com>.
2. -Funciones del celador en el área de salud mental. Disponible en: [https:// revistamedica.com](https://revistamedica.com).
3. -Las funciones del celador en el área de salud mental hospitalaria. Disponible en: <https://revistamedica.com>.
4. -Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud.
5. - Estrategias para el manejo del paciente difícil. 1001

Capítulo 452

LOS COMETIDOS DEL CELADOR EN LOS BOXES DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

ESTEFANIA PINTOR GONZALEZ

1 Introducción

Los servicios de urgencias de los centros hospitalarios están formados por numerosas categorías profesionales y un importante equipo multidisciplinar de profesionales. El servicio de urgencias cuenta con un equipo médico general que atiende a todos los pacientes que acuden, independientemente de las patologías que puedan tener.

Por otro lado, los médicos especialistas atienden a pacientes que presentan patologías relacionadas con sus áreas de especialización. Los médicos especialistas que trabajan en el departamento de emergencias incluyen cardiólogos, cirujanos, ginecólogos, traumatólogos y pediatras. Médicos especialistas de otras especialidades atenderán a los pacientes en estas áreas, con guardias localizadas o médicos de dichas especialidades presentes en las consultas o en las diferentes plantas del hospital. Este trabajo se va a enfocar en las funciones de los celadores.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones de los celadores en el área de urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se van a enumerar las diferentes funciones del grupo de celadores teniendo en cuenta el servicio en el que lleven a cabo su trabajo:

En el servicio de urgencias:

- Instruir a los pacientes sobre el funcionamiento de sillas de ruedas o camillas.
- Recoger medicamentos recetados en la farmacia del hospital.
- Mantener el control en todo el servicio de urgencias, solicitando silencio a clientes, acompañantes, familiares y personal.
- Recoger materiales médicos urgentes del almacén general del centro hospitalario.
- Trasladar a los pacientes desde el área donde se encuentra el paciente, al resto de unidades del servicio de urgencias o a las consultas de las diferentes especialidades médicas.
- Abstenerse de hablar sobre la condición del paciente con familiares o con el propio paciente, o discutir el diagnóstico, el curso del tratamiento o la condición del paciente. Esta información debe ser relegada al médico responsable de su atención médica.

En el servicio de boxes:

Dado que los celadores de radiología de emergencia y los celadores de radiología de urgencias no realizarán las mismas funciones, los celadores adscritos al servicio de emergencia deberán realizar una serie de funciones generales para todo el servicio, así como algunas funciones propias del área en la que se encuentran.

Las funciones generales de los celadores son:

- Ayudar al TCAE a poner al paciente un camisón o un pijama que le proporciona el centro después de quitarle la ropa.

- Trasladar a los pacientes desde áreas de espera o espacios de observación a las plantas de hospitalización designados o la unidad de cuidados intensivos (UCI).
- Transporte de muestras biológicas, analíticas y PCR a los distintos laboratorios del centro médico.
- Acoger a los pacientes que llegan con soporte vital básico o soporte de UCI móvil.
- Ayudar a los pacientes que no pueden hacerlo por sí mismos a vestirse y cambiarse los pañales.
- Junto con el Auxiliar de cuidados de enfermería o miembros del personal de enfermería ayudará en la movilización.
- Colaborar con los pacientes a moverse para poder insertar y quitar las cuñas. El celador realizará estas movilizaciones si el paciente no puede hacerlo por sí mismo.

5 Discusión-Conclusión

Las distintas funciones detalladas anteriormente del grupo de celadores en los servicios de urgencias de los centros hospitalarios, nos lleva a la conclusión de que se trata de un equipo multidisciplinar que lleva a cabo su trabajo de forma conjunta y ordenada.

El servicio de urgencias, es un servicio en el que la organización de todos los profesionales es imprescindible, cada uno tiene que conocer perfectamente sus funciones y cometidos. En múltiples ocasiones, los pacientes que acuden a este servicio llegan con patologías muy graves que requieren de una atención y actuación médica eficaz, rápida y coordinada por parte de todo el equipo. El celador será una parte importante dentro de todo el servicio de urgencias.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-celador-area-boxes-observacion-urgencias/>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 453

SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

PAULA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El síndrome de burnout, síndrome del trabajador quemado, síndrome de agotamiento, síndrome de desmoralización o síndrome de aniquilamiento hace referencia a la cronificación del estrés laboral. Los trabajadores entran en un estado de agotamiento físico, mental prolongado en el tiempo y que llega a alterar la personalidad y autoestima del trabajador, tanto en el ámbito laboral como familiar y en su día a día, sufriendo una pérdida de interés por sus tareas, desarrollando una reacción psicológica negativa hacia su ocupación laboral, cinismo, despersonalización,

Los principales síntomas del síndrome de burnout son:

- Agotamiento físico y mental generalizado; pérdida de energía en todos los niveles de salud, fatiga crónica, aumento de peso, estrés, ansiedad. Alteraciones psicósomáticas, dolores musculares, migrañas.
- Despersonalización y cinismo; cambio en el comportamiento del trabajador que lo sufre, actitud de indiferencia, desapego, irritabilidad, endurecimiento en el trato se convierte en tónicas habituales dentro de la forma de actuar de un trabajador quemado.
- Descenso en la productividad laboral y desmotivación; bajada de la productividad laboral, desmotivación que genera frustración y evidencia una ausencia de

realización personal en el trabajo. Falta de atención en las tareas, olvidos frecuentes, dificultad para concentrarse. Todo ello forma parte de un círculo vicioso que se retroalimenta constantemente.

2 Objetivos

Identificar los motivos que pueden causar el síndrome de burnout y las acciones que podemos llevar a cabo para mejorarlo.

3 Caso clínico

Mujer de 48 años, residente en el Principado de Asturias y trabaja como auxiliar administrativo en el Hospital Universitario Central de Asturias en Oviedo, en el Servicio de Urgencias y Emergencias Sanitarias a turno rotatorio (mañanas-tardes y noches), tiene una trayectoria de múltiples contratos de trabajo en diferentes servicios del Hospital y de los Centros de Salud. Aprobó la última oferta pública de empleo (OPE) convocada, pero aún no ha podido obtener una plaza fija.

Está casada, su marido actualmente está en paro y tiene 2 hijas de 13 años y 5 años.

Se siente muy frustrada, ya que no es capaz de conseguir una plaza fija después de tantos años de trabajo, con la cual aseguraría una estabilidad económica en su familia, el ambiente en el trabajo no es muy bueno, puesto que constantemente tiene compañeras nuevas y no llegan a empatizar con ella, los pacientes y familiares llegan sobrepasados insultando, gritando con malos modales. Tiene entre unas 350-400 urgencias diarias. Los turnos la trastocan mucho, las noches se le hacen muy cuesta arriba y las tardes está agobiada pensando en su hija de 13 años que la necesita en apoyo a sus estudios. Los descansos tiene que poner la casa al día (limpieza, comida, ropa).

Acude a su médico de Atención Primaria porque se siente totalmente agotada, física y psicológicamente, desmotivada, muy triste, irritable, descansa mal por las noches, sin apetito, ya no es ella misma, no tiene ninguna motivación.

Tensión arterial: 110/82 mmHG. Temperatura axilar 36.9 °C. Saturación de oxígeno 98%. Frecuencia cardiaca: 85 latidos por minuto.

Después de una valoración más completa por parte de enfermería (HENDERSON), es diagnosticada de ansiedad, sobrecarga de trabajo, autoestima baja.

Recomendaciones:

- Coger unas vacaciones, un permiso; previene la monotonía y te aleja del rol de trabajo.
- Cambiar la rutina.
- Hacer deporte, técnicas de relajación.

4 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout tiene consecuencias directas sobre la asistencia sanitaria, el ausentismo laboral, la disminución del nivel de satisfacción, tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes y familiares. Tiene diferentes niveles según su severidad, que puede ser: leve, moderado, grave y extremo.

Los trabajadores, jefes, supervisores, encargados, es importante que conozcan medidas preventivas para poder desempeñar sus funciones y conseguir los objetivos.

P.Ejemplo: modificar las condiciones que lo ha producido, distribuir o planificar las tareas laborales...

Es necesario un cambio de mentalidad hacia la confianza y el compañerismo y no hacia la competitividad, el egoísmo en los puestos de trabajo.

5 Bibliografía

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

Capítulo 454

EL PINCHE DE COCINA Y EL ETIQUETADO DE LOS ALIMENTOS EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

NOELIA BERNARTE RUEDAS

MARIA DE ALARCOS BERNARTE RUEDAS

CRISTINA 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.

El etiquetado de los alimentos tiene la función de conocer el producto que vamos a comprar o consumir, pudiendo obtener información sobre su origen, ingredientes, información nutricional, fechas de caducidad, etc. La declaración nutricional indica el beneficio nutricional de un alimento, es decir, las KCal o energía que aporta al organismo y el contenido o ausencia de determinados nutrientes o sustancias.

El etiquetado nutricional es por tanto toda esta información en relación al aporte de energía y nutrientes. Si bien la lista de ingredientes es obligatoria, el etiquetado nutricional solo es obligatorio si contiene información nutricional o de salud.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en conocer como pinches de cocina en sanidad en qué consiste el etiquetado de los alimentos, como parte básica de nuestra formación.

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 codex alimentario fue establecido por la organización de las Naciones Unidas y la organización mundial de la salud para proteger la salud de los consumidores y garantizar la legalidad en el sector alimentario.

Existen dos modelos válidos de declaración de nutrientes legislados: el modelo básico, que incluye el valor energético del alimento y la cantidad de proteínas,

carbohidratos y grasas que contiene, y el modelo detallado, que incluye la cantidad de azúcares, ácidos grasos saturados, fibra y sodio.

El modelo detallado es obligatorio cuando la etiqueta incluye un nutriente que no está en el modelo básico. La información relacionada con los nutrientes de los alimentos se encuentra generalmente en formato de tabla en el envase o también en formato lineal.

Los nutrientes se especifican numéricamente, cumpliendo un orden y unidades establecidas. Esta información nutricional normalmente se especifica haciendo referencia a su contenido por 100 g o 100 ml de producto, siendo opcional especificar su porcentaje o cantidad por ración.

Muchos alimentos se promocionan destacando sus propiedades beneficiosas para la salud a través de estas etiquetas o anuncios en los medios. Esto puede presentar confusión en el consumidor a la hora de diferenciar términos o identificar el contenido energético de los productos.

En los últimos años la nueva normativa comunitaria, junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) han intentado mejorar los mensajes nutricionales poco claros en el etiquetado que confundían a la población, todo esto ha avanzado y mejorado gracias a la nueva normativa comunitaria que intenta poner en mensajes nutricionales y saludables en orden.

En ello también ha influido la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) que contempla en nuestro país todas las declaraciones nutricionales y saludables autorizadas. Como pinches de cocina nos ocupamos cada día de los alimentos y conocer su etiquetado es fundamental, ya que las comidas y dietas que elaboramos están dirigidas a pacientes con diversas patologías, y debemos conocer muchos de los datos que aparecen en la etiqueta.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión hemos podido ver los modelos de etiquetado de alimentos, el modelo básico y el modelo detallado, que debe aparecer en el envase de los alimentos. Hemos visto qué información debe tener en cada caso y como debe figurar en cada envase.

Es fundamental que conozcamos esta información, ya que como personal de pinches de cocina, somos los encargados de preparar los alimentos en el servicio de cocina, y debemos saber detectar alimentos defectuosos o productos que supongan un riesgo para la población, así como identificar la composición de alimentos o los nutrientes que cada alimento aporta a la dieta elaborada.

6 Bibliografía

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

Capítulo 455

EL PINCHE DE COCINA EN APOYO A LA ELABORACIÓN DE LA DIETA BAJA EN POTASIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

NOELIA BERNARTE RUEDAS

MARIA DE ALARCOS BERNARTE RUEDAS

CRISTINA 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.

El potasio (k) corresponde a un mineral, que entre otras muchas funciones como, por ejemplo: el crecimiento óseo, el balance de líquidos en nuestro organismo, regula la tensión arterial, etc. tiene la fundamental: Las contracciones musculares, en las cuales, también abarca la contracción del músculo llamado corazón (cardíaco). Hay ciertos pacientes, que debido a una serie de patologías, pueden presentar un déficit (hipopotasemia) o un exceso (hiperpotasemia). Que, en ambos casos, es perjudicial. Normalmente, quien padece un desajuste de este mineral, son las personas con problemas renales y/o sujetos a diálisis. Sobre todo, está relacionado con un aumento de potasio.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en:

- Identificar los alimentos más ricos y bajos en potasio.
- Conocer las técnicas culinarias y de cocinado más comunes a la hora de incorporar ciertos 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

Existen ciertos alimentos muy socorridos a la hora de incorporar en una dieta sin potasio:

- VERDURAS: Pimientos, cebollas, pepinos, berenjenas, etc.
- LEGUMBRES: judías y garbanzos.

- FRUTAS: Frutos rojos como las fresas, manzana y naranja.

- CEREALES: Arroz blanco.

- ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL: Leche, quesos y yogures.

Pero, existen ciertos alimentos, que debemos eliminar de la dieta, por su alto contenido en potasio:

- VERDURAS: patata y brócoli.

- FRUTOS SECOS.

- FRUTAS: Plátano, kiwi e higos.

- CEREALES: Arroz blanco.

- ALIMENTOS CÁRNICOS: Las cantidades con mayor porcentaje de potasio son los mariscos y el pescado azul. Siendo más adecuadas y con menor porcentaje el pescado blanco y la carne de ave.

Es muy posible, que las restricciones de ciertos alimentos, depriman y dificulten la estancia del paciente en el hospital, por lo que mediante técnicas de cocinado, pueden incorporarse ciertos alimentos.

Las verduras altas en potasio, pueden ofrecerse, pero antes, los pinches de cocina deberán realizar el siguiente protocolo:

- Antes de trocear, deberán lavar las verduras correctamente, después, pelarán y los trozos, serán los más pequeños posibles. Una vez cortadas las verduras, deberán sumergirse en agua, dejándolas en remojo un tiempo prudencial (de 3 a 4 horas).

Pero, el pinche de cocina, deberá estar atento, pues no es dejarlas en remojo y ya está, sino que deberán cambiar de agua al menos dos veces durante el tiempo indicado, escurriéndolas bien, y eliminando cualquier resto del agua anterior.

- En la cocción, como al hervir las verduras, deberá hacerse dos veces mínimo.

- La técnica de asar, es la más recomendada, ya que reduce a un porcentaje bastante aceptable el nivel de agua de los alimentos, y, por lo tanto, de potasio.

- Es imprescindible, no aprovechar el agua desechada en los remojos y cocción para caldos o salsas, porque todo el potasio y el sodio, se disuelve en ella, y resulta una concentración muy alta.

Hablamos de las verduras, pero en el caso de la carne y el resto de los alimentos, se debe seguir el mismo protocolo, con las cocciones y el cambio de agua cuando sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos mencionado anteriormente, la dieta alta en potasio puede implicar complicaciones en riñones y el músculo cardíaco de paciente, otorgándole im-

portantes problemas de salud, por lo que es indispensable, ofrecer al paciente, dentro del entorno sanitario una dieta rica en nutrientes, pero baja en potasio y sodio.

A pesar de ser una dieta bastante problemática por la restricción alarmante de alimentos, existen ciertos métodos de cocción que pueden ayudar a eliminar el porcentaje de potasio en gran medida.

La hiperpotasemia es una patología bastante llamativa y común hoy en día, por lo que es muy sencillo, que un pinche de cocina se encuentre con esta elaboración, y es, importantísima su función a la hora de realizar cualquier corte, pelado y lavado de las verduras o del alimento rico en potasio.

6 Bibliografía

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

Capítulo 456

EL PINCHE DE COCINA Y EL MANEJO DE LOS PRODUCTOS CONGELADOS. REVISION BIBLIOGRÁFICA

NOELIA BERNARTE RUEDAS

MARIA DE ALARCOS BERNARTE RUEDAS

CRISTINA BERNARTE RUEDAS

BLANCA DÍAZ ZAMORA

FRANCISCO JAVIER DIAZ PARDO

1 Introducción

Se deben recordar los alimentos que se pueden congelar. Los alimentos deben prepararse y envasarse correctamente antes de congelarlos, que es una de las formas más populares de conservar los alimentos. El nombre del alimento debe estar marcado en el paquete porque no todos los alimentos se pueden mantener a baja temperatura simultáneamente.

Además de otros muchos artículos, podemos encontrar neveras, cámaras y congeladores. El proceso de congelación y descongelación debe realizarse correctamente. Siempre se debe evitar romper la cadena de frío y no se puede hacer con productos previamente congelados.

El enfriamiento de los alimentos incluye la protección de los alimentos a temperaturas entre 3 °C y 0 °C para garantizar que los microorganismos se desarrollen

más lentamente y detener la producción de toxinas. La temperatura del frigorífico es inferior a -18°C , lo que inhibe la actividad bacteriana y enzimática que, de otro modo, echaría a perder los alimentos.

Por lo tanto, la contaminación debe verse como un alimento que vuelve a la normalidad sin perder su valor nutricional. Dado que se empaquetan correctamente antes de almacenarlos en un refrigerador, los diferentes tipos de productos alimenticios no se mezclan en un congelador para evitar la posible contaminación cruzada.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo de libro consiste en describir la importancia de las tareas del ayudante de cocina en cuanto al manejo de los alimentos congelados durante el proceso de preparación y conservación.

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

Al manipular productos congelados para consumo humano en los hospitales, es fundamental cumplir con estrictas normas de higiene y manipulación de alimentos. Esto implica mantener los productos a la temperatura adecuada, prevenir la contaminación de los alimentos y garantizar que los productos se cocinen a la temperatura adecuada antes de servirlos a los pacientes.

Además, dado que estos alimentos normalmente se pueden preparar más rápida y fácilmente que los alimentos frescos, los cocineros pueden preparar comidas para los pacientes de manera más eficaz. De esta manera se puede garantizar el acceso de los pacientes a alimentos seguros y de alta calidad en aras de su recuperación y de su bienestar general.

Es fundamental cumplir con las siguientes reglas al manipular, conservar y mantener las temperaturas adecuadas de los alimentos congelados en las cocinas de los hospitales.

- Almacenamiento: Para evitar el crecimiento de bacterias, guarde los productos congelados en un congelador a -18 °C o menos. Para evitar la contaminación y la entrada de aire, los productos congelados deben almacenarse en contenedores sellados.
 - Descongelación segura y adecuada de productos congelados. No se debe permitir que los alimentos alcancen la temperatura ambiente mientras se descongelan; en cambio, conviene hacerlo en el microondas o en el frigorífico.
 - Temperatura: asegúrese de que los alimentos congelados se mantengan a una temperatura segura, verificando la temperatura del artículo de forma regular. Evite llenar demasiado el congelador y no guarde alimentos congelados en el frigorífico durante períodos prolongados.
 - Higiene: Mantener las áreas de trabajo ordenadas y libres de contaminación. Utilice guantes de un solo uso y objetos y superficies limpias y esterilizadas. Cocine los alimentos congelados hasta que alcancen una temperatura interna segura de 74 °C. Utilice un termómetro para carnes para comprobar la temperatura interna antes de servir.
 - Rotación: para asegurarse de que los productos más nuevos se utilicen primero, utilice un sistema de rotación de primero en entrar, primero en salir. Para garantizar la seguridad alimentaria y detener la propagación de enfermedades, los ayudantes de cocina deben cumplir con estas reglas.
- Para garantizar que los pacientes reciban alimentos desinfectados y de alta calidad, es fundamental una manipulación adecuada y un control de la temperatura.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado, los hospitales deben utilizar productos congelados para consumo humano como un sustituto práctico y rentable de los alimentos frescos para mantener un suministro constante de alimentos para los pacientes en las cocinas de los hospitales.

Para garantizar que los alimentos de los pacientes sean seguros, es fundamental cumplir con estrictas normas de higiene y manipulación de alimentos. Como ayudante de cocina en un hospital, creo que utilizar productos congelados es una excelente manera de garantizar que los alimentos que comen los pacientes sean sanos y saludables.

Sin embargo, es crucial. Recuerde que garantizar la seguridad alimentaria y prevenir la propagación requiere de una manipulación, conservación y temperaturas adecuadas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 457

ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO Y LA CORRECTA FORMA DE REALIZAR LA CONTENCIÓN MECÁNICA

JAVIER FERNÁNDEZ GÓMEZ

BARBARA PANTANI

MARA RODRÍGUEZ GÓMEZ

JESUS DIAZ-MAYORDOMO

RUBENS TORIJA RESUELA

1 Introducción

La salud mental es un tema que todavía sigue siendo tabú en la sociedad en la que vivimos. Sin embargo, es un problema que va creciendo cada día y que todos podemos vivirlo alguna vez por lo que tenemos que dar visibilidad a un gran problema de salud que está ocurriendo a nivel mundial.

La salud mental es un estado de bienestar en el que el individuo es capaz de reconocer sus propias capacidades y de afrontar las tensiones normales de la vida. La protección de la salud es un bien al que todo ciudadano tiene derecho.

En 1986, es cuando se produce la plena integración del enfermo mental en el

sistema sanitario, a través de la Ley General de Sanidad. Se desarrollaron servicios de habilitación y reinserción social para ofrecer al paciente psiquiátrico una atención integral y adecuada a su enfermedad.

Anteriormente, el paciente psiquiátrico era destinado a manicomios sin darle la atención necesaria a un problema tan importante como en la salud mental.

Las funciones del celador no están recogidas en el Estatuto de personal no sanitario, sino que están controlado con un protocolo de actuación y normas de régimen interno. Sin embargo, cumple un papel muy importante en toda actuación con el paciente psiquiátrico y debe tener una actitud muy responsable ante las características de comportamiento del paciente. Debe estar muy familiarizado con los cambios de actitud del paciente y saber actuar dependiendo de la situación.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de la psiquiatría en la atención al enfermo mental
- Desarrollar las funciones que realiza el celador en la unidad de psiquiatría
- Explicar la correcta forma de realizar la contención mecánica

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica de carácter científico. Además, se han consultado libros con información específica de celadores y se han seleccionado artículos científicos de las principales bases de datos (Pubmed, Scielo, Medline)

4 Resultados

Las funciones del celador son muy variadas y suponen un importante contacto directo con el paciente. Al tratarse de pacientes con una conducta especial, la figura del celador cobra mucha importancia y con verdadera responsabilidad.

Además de las funciones normales que realizan todos los celadores: vigilar entradas, transporte de documentos o traslado de pacientes, el celador de la unidad psiquiátrica realiza funciones muy importantes que le diferencian del resto, tales como:

- Cuida el entorno y ambiente de la unidad.
- Ayuda en el mantenimiento de la higiene personal.

- Vigilancia de pacientes ante posible agresiones o autolesiones.
- Controla el suministro de tabaco a aquellos pacientes que lo tienen permitido.
- Supervisión de los pacientes cuando están en áreas comunes.

Asimismo, el celador tiene un papel muy importante en la contención mecánica de los pacientes muy agitados.

La contención mecánica es una medida terapéutica que se utiliza en último lugar, cuando ya han fracasado el resto de las medidas (verbal, ambiental y farmacológica) y va dirigida a inmovilizar total o parcialmente al paciente agitado y con ello se consigue garantizar su seguridad y la del resto de pacientes.

El celador debe adoptar las siguientes normas de actuación:

- Llamar de forma inmediata a la enfermera de la unidad.
- Separar al resto de enfermos del paciente agitado.
- Se deben evitar las voces y los gritos. Es recomendable hablar en un tono adecuado para no agitar más al paciente.
- Mantener la seguridad tanto del propio paciente como de los profesionales sanitarios antes y después de realizar la contención mecánica

La contención se realiza entre 4 y 5 personas ocupándose cada uno de ellos de un miembro del paciente.

El ambiente es un factor imprescindible en psiquiátrica ya que para algunos pacientes puede ser la activación o empeoramiento de sus síntomas patológicos. Lo más importante es durante la noche, porque mantener un buen descanso es primordial para el buen control de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la psiquiatría sigue siendo un mundo desconocido y muy temido por la sociedad, hay que darle visibilidad como a cualquier otro tipo de patología.

El celador, como se ha nombrado anteriormente, cumple unas funciones diferentes al resto de los celadores y por ello cobra un papel fundamental.

El paciente psiquiátrico requiere muchas veces más paciencia y comprensión que otro paciente por lo que el celador tiene que ser una persona muy responsable, que sepa ponerse en el lugar del otro y que comprenda las diferencias y peculiares del paciente psiquiátrico.

Debe tener una actitud muy positiva, saber ganarse la confianza del paciente, saber escuchar y nunca amenazar.

Por último, la contención mecánica debe ser siempre el último recurso utilizado y no usarse de manera generalizada y como forma fácil de tener al paciente bajo el control del personal. Debe realizarse, dentro de lo posible, de la forma menos agresiva e intentando que el paciente este tranquilo.

6 Bibliografía

1. Investigación, R. S. El celador en la unidad de psiquiatría. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. [Internet] 31 de diciembre de 2022 [Acceso 13 de octubre de 2023] Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-unidad-de-psiquiatria/>
2. Enfermería Ocronos, R. M. y. (2020, January 28). La importancia del celador en las unidades de salud mental. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. [Internet] 28 de enero de 2020 [Acceso 13 de octubre de 2023] Disponible en: <https://revistamedica.com/funciones-celador-unidades-salud-mental/>
3. Online, C., & Perfil, V. T. mi. Tema 25. Actuación del Celador con el Paciente Psiquiátrico. Blogspot.com. [Internet] [Acceso 13 de octubre de 2023] Disponible en: <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-25-actuacion-del-celador-en.html>

Capítulo 458

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS Y TÉCNICAS PARA SU CORRECTA REALIZACIÓN

JAVIER FERNÁNDEZ GÓMEZ

BARBARA PANTANI

MARA RODRÍGUEZ GÓMEZ

JESUS DIAZ-MAYORDOMO

RUBENS TORIJA RESUELA

1 Introducción

La mayoría de las personas que acuden a los centros hospitalarios o aquellas que se encuentran hospitalizadas en los mismos, tienen disminuidas sus capacidades motoras ya que su enfermedad no les permite hacer los movimientos básicos de la vida diaria. Por lo tanto, necesitan la ayuda del personal sanitario para realizar los movimientos imprescindibles. Dichos movimientos deben ser realizados de una forma muy correcta para evitar lesiones secundarias a consecuencia de roces, humedad, fricción, etc.

Dichos movimientos entran dentro de las funciones de los celadores tal y como viene estipulado en el artículo 14.2 del Estatuto del personal no sanitario, “ayu-

darán a las enfermeras y ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial, en razón de sus dolencias, para hacerles las camas”

Los cambios posturales son medidas que consiguen alterar las zonas donde existe presión, y con ello evitar la aparición de contracturas, úlceras por presión u otras lesiones en la piel o tejidos adyacentes, y conseguir la comodidad y el bienestar del paciente.

La forma de realización y planificación de éstos va en función de las necesidades de cada paciente. La actuación del celador es fundamental, ya que colaboran con la enfermería en la movilización de los enfermos, por lo tanto, es muy importante que posea los suficientes conocimientos para una correcta actuación en cualquier área de hospitalización.

En este capítulo, vamos a desarrollar las funciones del celador a la hora de realizar los cambios posturales y conseguir evitar las complicaciones derivadas de no realizarlos. Además, se describirán técnicas para el correcto desarrollo de éstos.

2 Objetivos

- Conocer las funciones que realiza el celador en la realización de los cambios posturales.
- Describir las técnicas de movilización para una correcta realización.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una búsqueda sistemática en fuentes bibliográficas con evidencia científica. Se han consultado libros, temarios específicos de celadores y se han seleccionado artículos científicos de las principales bases de datos (Pubmed, Scielo, Medline)

4 Resultados

Los cambios posturales son medidas que ayudan a evitar la presión que se ejerce de forma continua en los pacientes encamados. Deben realizarse cada 2 – 3 horas y deben ser rotatorios por lo que tienen que pasar por todas las posiciones:

decúbito supino, prono, lateral derecho e izquierdo y, en los casos que se pueda, sentado.

Antes de realizar ningún movimiento, es importante conocer el estado neurológico del paciente: si está consciente, orientado, colaborador o no.

Hay algunas cosas importantes que se deben tener en cuenta para realizar una buena movilización:

- Explicar al paciente la movilización que se va a ejecutar.
- Guardar la intimidad del paciente
- Antes de mover la camilla o silla de ruedas se debe comprobar que no hay ningún suero, bomba, sondas, bala de 02 o cualquier otro elemento que pueda entorpecer el traslado o que se pueda arrancar al dar un tirón fuerte.
- El paciente debe ir bien sujeto para evitar caerse si se realiza un traslado.
- Los movimientos deben ser rápidos y muy coordinados.

Para realizar de una forma más sencilla los movimientos, el celador puede emplear algunos dispositivos tales como: sabana entremetida, grúas y arneses, transfer, etc.

Las movilizaciones más comunes que debe realizar el celador son las siguientes:

- Movimiento del paciente hacia la cabecera de la cama: Si el paciente es colaborador, se flexionan las rodillas y se debe impulsar hacia el cabecero. Si no es colaborador, entre dos celadores agarran la sabana entremetida y tiran de él hacia arriba o agarrando de las axilas. En caso de pacientes politraumáticos, se debe desplazar en bloque
- Movimiento hacia un lateral de la cama: Si no es colaborador se realizará entre dos celadores. Se colocan a cada lado de la cama y doblan la rodilla contrario al movimiento y a continuación se empuja hacia el lateral de la cama. Se debe tener cuidado de que el brazo no quede presionado debajo del cuerpo.
- Movimiento de la cama al sillón o a la silla de ruedas: Si es colaborador, se coloca la silla de ruedas frenada o el sillón junto a la cama y de forma paralela. Luego se incorpora al paciente agarrándole de los hombros y se le coloca en el borde la cama. El celador ayuda al paciente a ponerse de pie agarrándole por la cintura. Si no es colaborador, un celador se coloca en la cabecera de la cama y el otro, en un costado en la zona lumbar del paciente. El celador que está a un lado de la cama incorporará un poco al paciente para que su compañero pueda agarrarle por debajo de las axilas. El otro celador cogerá al paciente por los muslos y en un movimiento sincronizado, le trasladarán al sillón o silla de ruedas.

5 Discusión-Conclusión

La movilización de los pacientes tiene muchos beneficios para el paciente y no solo son los relacionados con la alimentación, la higiene o algún tipo de cuidado especializado.

Pueden conseguir un alivio del dolor ya que permanecer mucho tiempo en la misma postura puede agravar ciertos dolores.

Además, se favorece la circulación de la sangre y ayuda con la prevención de edemas, inflamaciones y úlceras por presión.

El celador ejerce un papel fundamental en el desarrollo de esta práctica, ya que es él el que dirige el buen desarrollo de una movilización.

Debe tener en cuenta en primer lugar, la seguridad tanto para el paciente como para él mismo.

Debe tener buenos conocimientos relacionados con los cambios posturales y la prevención de úlceras por presión.

Debe estar muy coordinado con el resto de los profesionales sanitarios ya que se deben coger cargas muy pesadas y si actúan de una forma conjunta se puede evitar sobreesfuerzos y descompensaciones.

6 Bibliografía

1. Online, C., & Perfil, V. T. mi. Tema 11: Movilización del Paciente. Parte I. Blogspot.com. [Internet] [Acceso 13 de octubre de 2023] Disponible en: <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-10-movilizacion-del-paciente.html>
2. Disposiciones generales MINISTERIO DE TRABAJO [Internet]. [Acceso 13 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1971/07/22/pdfs/A12015-12024.pdf>
3. Ocronos, R. El celador y los cambios posturales en pacientes encamados. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. [Internet] 6 de diciembre de 2021 [Acceso 13 de octubre de 2023] Disponible en: <https://revistamedica.com/celador-cambios-posturales/>

Capítulo 459

LA IMPORTANCIA Y EL PAPEL FUNDAMENTAL QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

JAVIER FERNÁNDEZ GÓMEZ

BARBARA PANTANI

MARA RODRÍGUEZ GÓMEZ

JESUS DIAZ-MAYORDOMO

RUBENS TORIJA RESUELA

1 Introducción

Las urgencias hospitalarias son un servicio especial al que acuden personas con toda clase de problemas y patologías de diferente índole por lo que tiene que estar dotado de medios técnicos y humanos suficientes para poder asegurar un nivel asistencial óptimo y adecuado.

Este servicio está coordinado por diferentes tipos de trabajadores que realizan funciones diferentes y que forman juntos, lo que es la cadena asistencial dentro de este área.

El celador es uno de los integrantes fundamentales en este servicio y tiene unas funciones muy importantes y aunque siempre se le ha considerado un trabajador

de una categoría inferior al resto, la realidad es totalmente diferente.

Su labor es fundamental, ya que realiza funciones muy importantes en la atención directa al paciente. Además, funciones de apoyo al resto del personal sanitario, consiguiendo así que la asistencia a los pacientes sea de buena calidad y que todo el proceso sanitario se desarrolle de una forma correcta y adecuada.

Actualmente esta profesión no es únicamente de hombres, como ocurría años atrás, ya que se pensaba que la dificultad de levantar pesos dependía de la fuerza. Esto ha cambiado actualmente porque no vale con ser muy fuerte, se trata de realizar bien la técnica, por lo tanto, el trabajo de celador vale tanto para hombres como para mujeres.

En el presente capítulo se desarrollarán las funciones que desempeña el celador en urgencias y su importancia en este servicio especial.

2 Objetivos

- Exponer la importancia del celador en el servicio de urgencias.
- Explicar las funciones que desempeña el celador en este servicio.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una investigación sobre la literatura científica existente a través de una revisión bibliográfica. Se ha basado en una búsqueda sistemática de libros y a su vez se han ido consultando y seleccionando artículos científicos de las principales bases de datos: Medline, Scielo, Pubmed.

4 Resultados

El celador cumple un papel fundamental en las urgencias hospitalarias ya que su labor facilita el buen desarrollo del servicio.

Algunas de las funciones más importantes que realizan son:

- Se encargan de la recepción del paciente ya venga en vehículo propio o en el servicio de ambulancia. Dirigirá al paciente hacia la zona de admisión, siempre y cuando la situación lo permita o hacia la zona de triaje.
- Transportan al paciente en sillas de ruedas, camilla o acompañan si el paciente es capaz de caminar solo.

- Mantendrán la entrada de la urgencia provista de sillas de ruedas, camillas o cualquier otro elemento necesario.
- Vigilancia de las entradas para no permitir el acceso a nadie que no esté autorizado.
- Ayudarán al resto del personal sanitario en las funciones que les sean propias (sujeción de pacientes, contenciones mecánicas, etc.) así como cualquier otra función que le sea ordenada por superiores para ejecutar.
- Traslado de pacientes a los servicios que les sean requeridos.
- Traslado de documentos a los laboratorios, banco de sangre, farmacia y recogida de cualquier producto o resultado.
- No permitirán la deambulaci3n de los familiares por los pasillos
- Mantendrán el mayor orden y el menor ruido posible en las salas de espera o espacios comunes.

Su labor en las urgencias hospitalarias es de mucha importancia y por ello requiere ser muy comunicativo, responsable y diligente.

Además de realizar todas las funciones anteriormente nombradas, el celador debe tener una correcta actitud con pacientes y familiares.

Debe ser empático y tratar con mucho respeto y amabilidad a los pacientes.

A su vez, debe conocer la importancia de mantener una buena asepsia, colocar correctamente al paciente en una camilla o cualquier otra funci3n que tenga que realizar, ya que una mala ejecuci3n de cualquier procedimiento puede traer graves consecuencias para el paciente y para el propio celador.

Por último, cabe destacar que el celador es una pieza clave de la cadena asistencial y debe actuar muy coordinado con el resto de los profesionales sanitarios para conseguir que la atenci3n al paciente sea lo más adecuada posible.

5 Discusi3n-Conclusi3n

Actualmente, la labor del celador en el mundo de la sanidad es muy amplio, tanto es así, que sigue siendo considerada una figura con unas funciones muy generales y en muchas ocasiones no se tiene claro cuál es su papel en el ámbito sanitario. Sin embargo, el celador es una pieza clave de la cadena asistencial, teniendo una funci3n muy importante en el buen desarrollo del funcionamiento del servicio hospitalario.

Las urgencias, al tratarse de un servicio especial al que acuden pacientes con

todo tipo de problemas, el celador debe ser una persona muy diligente y capaz de reaccionar ante todo tipo de situaciones.

Su labor exige ser muy responsable, comunicativo y proactivo. Deben mantenerse constantemente actualizados para garantizar una buena atención al paciente.

6 Bibliografía

1. Investigación, R. S. Funciones del celador en el servicio de urgencias. RSI - Revista Sanitaria de Investigación [Internet] [Acceso 13 de octubre de 2023] Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-celador-en-el-servicio-de-urgencias/>
2. Ocronos, R. M. El papel fundamental del celador en el ámbito sanitario. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. [Internet] 1 de octubre de 2019 [Acceso 13 de octubre de 2023] Disponible en: <https://revistamedica.com/papel-celador-ambito-sanitario/>
3. Núñez DM. Manual Básico del Celador: Lulu. Com. [Internet] 2009 [Acceso 13 de octubre de 2023]

Capítulo 460

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

EDITA CUETO GONZALEZ

MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ

GUILLERMO MORENO PÉREZ

EMILIA VIZCAYA LOPEZ

LAURA LOPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El servicio de urgencias hospitalarias es un espacio crítico y de alta demanda para aquellos pacientes que requieren atención médica inmediata debido a situaciones de emergencia o gravedad médica. Generalmente, se ubica en el sótano o en la planta baja del hospital para asegurar un acceso rápido y eficiente. La conexión con otros departamentos del hospital se logra mediante escaleras y ascensores, algunos de los cuales son exclusivos para el personal sanitario.

Este servicio comprende distintas áreas, como una sala de espera para pacientes, baños para el personal y los usuarios, áreas de descanso para el personal sanitario y ubicaciones como la admisión de urgencias y las consultas médicas. Estas últimas son donde el personal administrativo desempeña un papel destacado.

En este contexto, se llevará a cabo un análisis de las responsabilidades del auxiliar administrativo en el servicio de urgencias, con un enfoque en la admisión. Su labor es fundamental para mantener la organización y eficiencia en el servicio, lo que contribuye en gran medida a ofrecer atención oportuna y adecuada a los pacientes en situaciones de emergencia. Estas responsabilidades van más allá de la gestión documental, abarcando una variedad de funciones que influyen directamente en la calidad de la atención en un entorno de urgencias hospitalarias.

2 Objetivos

- Informar sobre las funciones desempeñadas por los auxiliares administrativos en el entorno del servicio de urgencias hospitalarias con el fin de mejorar y optimizar su desempeño

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se llevó a cabo una investigación que supuso la revisión de la literatura científica disponible. Se efectuó una búsqueda estructurada de libros y artículos que fueron referenciados en fuentes de gran relevancia, como Medline, Pubmed y Scielo. Las palabras clave que guiaron esta investigación fueron: “auxiliar administrativo”; “urgencias”; “función” y “admisión”.

4 Resultados

Dentro del contexto del Servicio de Urgencias hospitalarias, el auxiliar administrativo desempeña un papel central desde el servicio de Admisiones. Su labor se inicia en el momento en que el paciente entra al hospital, y su tarea primordial es la solicitud y gestión de la documentación necesaria para la atención médica. Este proceso implica recopilar información como el Documento Nacional de Identidad del paciente, su tarjeta sanitaria, detalles sobre medicación reciente que haya tomado, y, en algunos casos, informes médicos relevantes que puedan proporcionarse. La recopilación precisa de esta información es esencial para garantizar que el paciente sea registrado de manera adecuada en el sistema informático del hospital, lo que facilita su seguimiento y atención médica.

El Auxiliar Administrativo desempeña un rol fundamental en el área de admisión de urgencias. Al tratarse de un área de alta demanda y actividad constante, sus responsabilidades se extienden más allá de la mera recepción de documentos y

la inscripción de pacientes. Estas responsabilidades incluyen la realización de tareas administrativas que abarcan desde la admisión inicial del paciente hasta la tramitación de datos informativos, documentos médicos y la gestión de registros. Además, se encarga de registrar la ubicación del paciente en la zona de espera del Servicio de Urgencias, lo que contribuye a una organización más eficiente y una atención ágil y efectiva.

Una labor fundamental del auxiliar administrativo es la creación de la historia clínica del paciente, particularmente en situaciones en las que el paciente acude por primera vez al Servicio. Esto implica la recopilación de datos médicos relevantes y su inclusión en el sistema, lo que proporciona información crucial al personal de salud y facilita la toma de decisiones clínicas.

Por último, en situaciones que requieran el ingreso del paciente, el auxiliar administrativo colabora de cerca con el personal médico para gestionar estos trámites, lo que garantiza una atención fluida y coordinada. Además, se encarga de coordinar los trámites necesarios para el transporte sanitario en situaciones que requieran traslados a otras instalaciones médicas, asegurando que los pacientes reciban la atención adecuada en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el servicio de urgencias hospitalarias desempeña un papel esencial en la atención de pacientes en situaciones de emergencia. Su ubicación estratégica y su conexión con otros departamentos del hospital garantizan una respuesta rápida y efectiva a las necesidades médicas críticas. Dentro de este contexto, el auxiliar administrativo, ubicado principalmente en el área de admisión, emerge como un elemento fundamental en la coordinación y eficiencia del servicio.

El auxiliar administrativo no solo se encarga de la gestión documental, sino que desempeña un conjunto variado de tareas que son fundamentales para la atención de los pacientes. Desde la creación de historias clínicas hasta la comunicación con familiares y la coordinación de traslados, su labor es esencial para mantener la organización en el servicio de urgencias.

6 Bibliografía

1. García, JM (2020). El papel del auxiliar administrativo en el entorno hospitalario: Una revisión crítica. *Revista de Gestión Hospitalaria*, 45(2), 123-138.
2. Pérez, AL y Rodríguez, MP (2019). Evaluación de la eficiencia en la gestión documental de los servicios de urgencias hospitalarias. *Revista de Salud Pública*,

30(3), 215-232.

Capítulo 461

EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

EDITA CUETO GONZALEZ

LAURA LOPEZ GONZÁLEZ

EMILIA VIZCAYA LOPEZ

GUILLERMO MORENO PÉREZ

MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ

1 Introducción

La radiología, en el panorama de las disciplinas médicas, representa una especialización de gran amplitud y relevancia en la promoción de la salud y el diagnóstico de enfermedades. Su enfoque se halla en la vanguardia de la medicina, ya que se dedica a la utilización de avanzadas técnicas de imagen para lograr el diagnóstico, la intervención y el tratamiento de una amplia gama de trastornos y patologías. El sustento de esta especialidad se basa en la captura y análisis de imágenes y datos, que pueden provenir de múltiples fuentes de energía, incluyendo las radiaciones ionizantes y no ionizantes. Los profesionales de la radiología, como auxiliares administrativos o técnicos en radiodiagnóstico, cumplen un rol esencial al llevar a cabo exámenes minuciosos y la interpretación detallada de las

imágenes obtenidas, lo que resulta crucial para establecer diagnósticos certeros y, en muchos casos, para planificar tratamientos médicos eficaces.

Esta disciplina médica es un componente fundamental de la atención sanitaria moderna y contribuye significativamente a la calidad de vida de los pacientes. La radiología no solo se enfoca en el diagnóstico, sino que también desempeña un papel clave en la prevención, permitiendo la detección temprana de enfermedades y afecciones que, de otra manera, podrían pasar desapercibidas. La capacidad de observar el interior del cuerpo humano de forma no invasiva es una herramienta invaluable en la medicina actual, y la radiología es un pilar de esta revolución médica, facilitando diagnósticos más rápidos y precisos, lo que a su vez conduce a tratamientos más efectivos y resultados de salud mejorados.

2 Objetivos

Evaluar las actuaciones llevadas a cabo por los técnicos auxiliares administrativos en el servicio de radiología de un centro sanitario.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se llevó a cabo una investigación que supuso la revisión de la literatura científica disponible. Se efectuó una búsqueda estructurada de libros y artículos que fueron referenciados en fuentes de gran relevancia, como Medline, Pubmed y Scielo. Las palabras clave que guiaron esta investigación fueron: “auxiliar administrativo”; “radiología” y “funciones”.

4 Resultados

La radiología, como disciplina médica fundamental, desempeña un papel esencial en la atención de la salud. Su principal enfoque se concentra en la utilización de avanzadas técnicas de imagen para el diagnóstico, intervención y tratamiento de una amplia variedad de enfermedades. Esta especialidad médica se basa en la obtención de imágenes y datos mediante radiaciones, ya sean ionizantes o no ionizantes, así como otras fuentes de energía. Los especialistas en radiología desempeñan un papel crucial al llevar a cabo exámenes radiológicos y realizar interpretaciones precisas de las imágenes, lo que contribuye en gran medida a la toma de decisiones clínicas acertadas.

En este proceso, los auxiliares administrativos que trabajan en el ámbito del diagnóstico radiológico desempeñan una función esencial. Su labor implica la gestión de solicitudes de exámenes procedentes de distintos servicios médicos, lo que incluye asignar a los pacientes en función de la urgencia y el tipo de pruebas requeridas. Esta labor de coordinación garantiza una programación eficiente, lo que a su vez optimiza el flujo de pacientes en el departamento de radiología. La eficacia en la organización de citas y la asignación de recursos es vital para garantizar una atención médica oportuna y efectiva.

Además de sus responsabilidades administrativas, los auxiliares administrativos desempeñan un papel adicional como informantes y acompañantes para pacientes, en particular para aquellos que puedan estar confundidos o enfrenten desafíos de movilidad, como los pacientes ancianos. Muchos pacientes pueden no saber cómo llegar al hospital o a quién contactar durante su atención médica, y en estas situaciones, los auxiliares administrativos ofrecen orientación y apoyo. Este tipo de apoyo personal no solo es fundamental para la experiencia del paciente, sino que también puede marcar una diferencia significativa en su comodidad y tranquilidad.

5 Discusión-Conclusión

La radiología se erige como una disciplina médica esencial, empleando avanzadas técnicas diagnósticas. El auxiliar administrativo en el servicio de radiología desempeña un papel insustituible en la atención médica actual. Su habilidad para gestionar eficazmente las solicitudes de exámenes radiológicos, coordinar citas y proporcionar orientación y apoyo a los pacientes demuestra ser profesionales sanitarios fundamentales en este servicio. La eficiencia en la organización de citas y la asignación de recursos es esencial para garantizar una atención médica oportuna y efectiva. Además, su rol como informante y acompañante, especialmente para pacientes ancianos o confundidos, agrega un nivel humano y compasivo a la atención médica.

6 Bibliografía

1. McConnell, JR, Young, CA, Burbridge, BE, McInerney, J. y O'Reilly, S. (2017). Iniciativa de mejora del servicio de radiología: un enfoque integral para optimizar la experiencia de radiología. *Revista del Colegio Americano de Radiología*, 14(3), 399-406.

2. Wenz, R. (2019). El papel del personal administrativo en radiología: una revisión y direcciones futuras. *Revista de Enfermería Radiológica*, 38(2), 94-100.

Capítulo 462

ZONAS ORGANIZATIVAS EN EL SERVICIO DE PLANCHADO PERTENECIENTES AL HOSPITAL

PIEDAD GARCÍA LEON

CARMEN OLMOS PEINADO

SUSANA DÍAZ GARCÍA

JUANA ELIZABETH VILLALBA

MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ

1 Introducción

El Servicio de Plancha Hospitalaria representa un componente esencial en la operatividad de cualquier establecimiento de salud, ya que la higiene y la buena manipulación de la ropa de hospital es muy importante, tanto para los pacientes como para los empleados. Su misión principal es garantizar la higiene y la presentación óptima de elementos como la ropa de cama, las batas y los uniformes médicos, así como otros textiles vitales para el hospital.

Aunque pueda parecer que esta labor está lejos de la atención médica directa, su importancia es innegable, ya que desempeña un papel fundamental en la creación de un entorno hospitalario limpio y seguro. Esto, a su vez, contribuye significativamente al bienestar de los pacientes y al funcionamiento efectivo del hospital en su conjunto.

Para asegurar un desempeño eficiente en el Servicio de Plancha Hospitalaria, es imperativo contar con una organización adecuada, tanto en términos de la estructura física del espacio como en la función y gestión de las áreas de trabajo. Esta organización se convierte en un factor determinante que no solo impacta la calidad de los servicios hospitalarios, sino que también influye directamente en la seguridad y comodidad tanto del personal como de los pacientes.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es identificar y proporcionar una descripción detallada de las áreas organizativas fundamentales que desempeñan un papel clave en el funcionamiento del Servicio de Plancha Hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación, se presentan los hallazgos de este estudio, donde se detallan minuciosamente las distintas áreas organizativas presentes en el Servicio de Plancha Hospitalaria y cómo estas áreas influyen en la prevención de riesgos laborales. La organización efectiva del Servicio de Plancha Hospitalaria desempeña un papel fundamental en su funcionamiento óptimo y en la mitigación de riesgos laborales. En el marco de este servicio, existen diversas áreas organizativas cuya gestión adecuada contribuye significativamente a la seguridad y salud de los trabajadores. A continuación, se brinda una descripción detallada de estas zonas organizativas:

- Área Limpia: En esta área, la ropa previamente lavada avanza hacia la zona de secado y planchado. Se lleva a cabo una organización meticulosa de la ropa limpia según el tipo de prenda que corresponda, ya sea de línea o de forma. El proceso se inicia con la centrifugación, el secado o el empleo de un túnel de secado, dependiendo del tipo de prenda. Las prendas de menor tamaño se dirigen directamente a

la secadora, mientras que las prendas de línea, como sábanas y manteles, son encaminadas hacia la calandra. Por otro lado, las prendas de forma, como camisas y pantalones, son introducidas en el túnel de secado y, posteriormente, planchadas utilizando sistemas de prensa o de forma manual. Esta zona viene de la sección de lavandería del servicio hospitalario que está relacionado estrechamente con el servicio de planchado.

- Zona de Repaso y Costura: Aquellas prendas que presenten algún grado de deterioro son redirigidas desde el área limpia hacia la zona de repaso y costura. En esta sección, se realizan diversas tareas, como costura, parcheo, colocación de botones y otras reparaciones necesarias para restaurar las prendas. Una vez finalizadas estas labores de restauración, las prendas son enviadas nuevamente a la zona sucia, donde comienza nuevamente su proceso.

- Embalaje y Distribución: Las prendas que se encuentran en buen estado son plegadas y embaladas con un film transparente que asegura su limpieza y descontaminación. Posteriormente, son transportadas en carros o jaulas previamente desinfectadas hacia los diferentes servicios del centro hospitalario.

Este minucioso proceso de organización y distribución en el Servicio de Plancha Hospitalaria es fundamental tanto para el correcto funcionamiento del servicio como para la seguridad y bienestar de su personal. Cada una de estas zonas desempeña un papel crucial en la prevención de riesgos laborales, garantizando que se cumplan los estándares de higiene y seguridad necesarios en un entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de planchado desempeña un papel integral e independiente en un entorno hospitalario, y su correcta gestión reviste una importancia crítica para garantizar tanto la calidad como la seguridad de la ropa utilizada tanto por los pacientes como por el personal médico. Esta gestión no solo se limita a aspectos cuantitativos, como el control de los costos y la cantidad de prendas, sino que también abarca aspectos cualitativos, tales como la supervisión de la calidad de las prendas, los tratamientos específicos que puedan requerir, su apariencia y presentación general.

La organización adecuada de las zonas dentro del Servicio de Plancha Hospitalaria se erige como un pilar fundamental para asegurar su funcionamiento eficiente y seguro. La clara separación de estas áreas cumple un rol esencial al minimizar en gran medida el riesgo de contaminación cruzada y, al mismo tiempo, garantizar la integridad y calidad de la ropa que pasa por el proceso de lavado,

secado y planchado.

En resumen, una organización eficaz en el Servicio de Plancha Hospitalaria no solo es esencial para resguardar la seguridad y salud del personal involucrado, sino que también se revela como un pilar fundamental para mantener un entorno hospitalario limpio y seguro. La correcta gestión de estas áreas contribuye significativamente a elevar la calidad de los servicios de atención médica, promoviendo el bienestar tanto de los pacientes como del personal médico y de apoyo.

6 Bibliografía

1. Personal de lavado y planchado del SAS. Funciones, procedimientos y contenidos. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.
2. Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios. Capítulo 5: Lavanderías de ropa hospitalaria. Instituto Nacional de Salud. Madrid, 1990.
3. Marcos Romero Morales. Lavado y desinfección y planchado de la ropa hospitalaria. Doc Player. 2017.
4. Lavadero y planchador. Temario y test parte específica. Editorial MAD. Febrero 2020

Capítulo 463

EL PROCESO EN LAS CALANDRAS EN EL SERVICIO DE PLANCHA DE LOS HOSPITALES

PIEDAD GARCÍA LEON

CARMEN OLMOS PEINADO

SUSANA DÍAZ GARCÍA

JUANA ELIZABETH VILLALBA

MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ

1 Introducción

La ropa se introduce entre rodillos metálicos que se han calentado con vapor durante la programación de la lavadora. Para producir el efecto deseado, estos rodillos giran en direcciones opuestas. La ropa, la humedad restante y el rendimiento térmico desempeñan un papel importante en el rendimiento de la parrilla. - Prenda: Hay una serie de elementos que afectan la duración de una prenda, incluido el tejido, cómo se usa y se manipula y, por supuesto, cómo se lava y plancha. Sin embargo, la composición y preparación de la ropa influye en su resistencia al planchado.

- Humedad excesiva: La tela no deslizará bien si retiene demasiada humedad. Por debajo del 50% la resistencia al deslizamiento disminuye y por encima del 50% la resistencia al deslizamiento aumenta notablemente. Un buen giro puede

ayudarte a alcanzar los niveles ideales de humedad, que se cree que están entre el 35 y el 50 por cien. - Eficiencia térmica: El hecho innegable de que se pierde energía cuando una forma de energía (en este caso, vapor de agua) se transforma en otra forma de energía, es decir, energía térmica. Por lo tanto, la eficiencia térmica nunca es del 100 por cien.

2 Objetivos

El principal objetivo de nuestro capítulo será saber el funcionamiento de las calandras de planchado y cuáles serían los fallos más frecuentes que podrían suceder.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática en diferentes libros sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos de páginas de internet, como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas con palabras como, planchado, calandra, etc.

4 Resultados

Los sistemas de higiene textil de la ropa hospitalaria deben asegurar su adecuada desinfección para obtener ropa bacteriológicamente limpia durante el proceso.

La ropa limpia debe manipularse higiénicamente, porque el efecto beneficioso del lavado y la descontaminación puede perderse por completo si no se limpia y hay que tomar las precauciones necesarias para evitar la contaminación por eso la ropa cuando entra en contacto en el área de la plancha la higiene debe de ser satisfactoria según las normas generales de higiene del hospital ante esto se debe de evitar los problemas o errores más frecuentes que se cometen al planchar son: Manchas de cera y agua al enrollar la ropa para que se arrugue Deformación de la ropa - Velocidad de paso en m/min - Lisura de la superficie del recipiente - Presión uniforme del cilindro sobre el vaso

- Desgarros en la tela de prendas que requieran planchado o tapizado. El uso de neutralizadores durante el proceso de limpieza puede evitar este efecto, pero también puede favorecer la formación y acumulación de sales en las partes de hierro, impidiendo el progreso de la preparación. Por otro lado, el proceso de

programación, la adhesión a la superficie de la hoja, el fenómeno de laminación y las arrugas también pueden causar daños. - El tipo de tejido a planchar y su contenido de humedad al planchar. - La estructura y estado de la superficie de la funda. - temperatura del tanque todo ello debe de estar controlado para alcanzar el mejor resultado a la hora de hacer el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Este capítulo dejó claro que la ropa, la humedad restante y la eficiencia térmica son los tres componentes principales para que la plancha funcione correctamente.

Estas son las variables que afectan el rendimiento del calendario. El planchador está a cargo de supervisar el funcionamiento del calendario e intentar eliminar cualquier problema o desafío que pueda surgir durante el planchado. Se pueden utilizar pruebas para verificar la condición de este almacén en busca de anomalías de naturaleza más mecánica, como la uniformidad de la presión del cilindro en el cucharón, pero se recomienda el análisis de fallas por parte del fabricante. La tela puede curvarse o rasgarse como resultado de este proceso de planchado. Esto suele deberse a una mesa torcida o desequilibrada. Los calandres son conscientes de estas anomalías y se esfuerzan por corregirlas. Informar al responsable de la instalación o al equipo de mantenimiento si esto no es posible.

6 Bibliografía

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

Capítulo 464

CÓMO ES LA ORGANIZACIÓN DE LA ZONA DE PLANCHADO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

PIEDAD GARCÍA LEON

CARMEN OLMOS PEINADO

SUSANA DÍAZ GARCÍA

JUANA ELIZABETH VILLALBA

MARIA LUISA HERVAS SANCHEZ

1 Introducción

Los servicios generales pueden definirse como un grupo de servicios que se ofrecen regularmente en los hospitales para apoyar las funciones básicas de atención médica de la institución. Dentro de estos servicios hospitalarios generales se pueden incluir los equipos de lavandería, ropa de cama y planchado, incluida tanto la ropa hospitalaria como el equipo de trabajo utilizado por los profesionales médicos. Los trabajadores de lavandería profesionales deben utilizar la menor manipulación posible al separar, transportar y lavar la ropa. Deben cumplir con una serie de estándares y protocolos de trabajo establecidos por el hospital para lograr esto. Debido al frecuente contacto con pacientes de todo tipo, la ropa se utiliza frecuentemente como sistema de transmisión de agentes infecciosos. Por tanto, la ropa del paciente debe ser higiénicamente adecuada,

cómoda y conservar todas sus cualidades naturales, como suavidad, capacidad de absorción y frescura todo el tiempo fue útil. La ropa hospitalaria se gestiona mediante los procedimientos adecuados de recogida, transporte, procesamiento y almacenamiento. Esto impone una serie de exigencias al centro de salud, entre ellas:

- Instalaciones creadas específicamente para el cuidado de la ropa, como áreas de lavandería, planchado y almacenamiento.
- Empleados que hayan sido especialmente capacitados y calificados para realizar este trabajo únicamente.
- Procedimientos de trabajo y control suficiente para conseguir una perfecta higiene y conservación de la indumentaria.
- Una empresa que garantice la prestación del servicio, así como el soporte técnico y administrativo necesario, las 24 horas del día, los 365 días del año.

2 Objetivos

- Informar sobre los procedimientos del servicio de lavandería y planchado de un centro hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

La ropa usada se clasifica primero por tipo de tejido y grado de suciedad, después de ser recogida por los profesionales designados. El personal de lavandería también deberá seguir un protocolo de actuación en la manipulación de estas prendas por este motivo. Para reducir el riesgo de infección por la propagación de cualquier enfermedad, el trabajador siempre debe manipular la ropa sucia mientras usa ropa protectora como guantes y delantal y luego lavarse las manos. . En ocasiones es necesario instalar la lavandería en un local ya existente, pero concebido para otros fines, cosa posible si el volumen es suficiente, pues los problemas

de vibraciones, ruidos, evacuación y suministro de fluidos y vapores, etc., siempre pueden ser resueltos. Tres procesos diferenciados componen el servicio de lavandería y planchado de un centro hospitalario completo:

- Procesos logísticos: traslados de ropa sucia y limpia al área destinada a tal efecto y gestión de los niveles de almacenamiento central y de planta.
- Lavado, secado, planchado y empaquetado de toda la ropa como parte de los procesos de limpieza y sovietización textil.
- Procedimientos de adquisición de nuevos textiles: siempre bajo la supervisión del responsable del servicio, desde la orientación técnica hasta la propia compra. Una vez finalizado el proceso de lavado, sigue el planchado y el secado. Las toallas, uniformes de pacientes, ropa de cama, ropa quirúrgica y otros artículos se separarán de la ropa y telas lisas, como sábanas, durante esta fase y se clasificarán según el tipo de ropa. Para guardar la ropa limpia en bolsas en un lugar limpio y seco para su posterior distribución a los distintos servicios del centro hospitalario, los profesionales de este centro de servicio de lavandería y planchado deben manipular la menor cantidad posible de ropa limpia.

5 Discusión-Conclusión

Asegurarse de que la ropa esté limpia, bien planchada y cómoda, así como ayudar en el cuidado del paciente y asegurarse de que no sea portador de infecciones, es una de las funciones correctas de un servicio de lavandería y planchado hospitalario. En la manipulación de la ropa sucia (recogida, clasificación, carga de las máquinas, etc.), que se produce en el proceso de descontaminación, se inhala una cantidad importante de bacterias con el aire) y al manipular ropa limpia, las bacterias del aire pueden depositarse en la ropa antes de ser entregada a los distintos servicios hospitalarios. En consecuencia, dado que este tipo de servicio se ofrece las horas al día que sean necesarias todos los días del año, por eso la labor del personal no sanitario que trabaja en él es de suma importancia.

6 Bibliografía

- 1.https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_ropa_lavand.pdf.
- 2.<https://dokument.pub/modulo-7-lavadoy-desinfeccion-en-lavanderiaflipbook-pdf.html>.
- 3.https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Capt5_ropa_lavanderia.pdf.

Capítulo 465

RIESGOS LABORALES Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN EL PUESTO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ELENA SARRIA PEREA

MARTA JIMENEZ LOPEZ

GRACIA SANCHEZ SAEZ

PATRICIA ALFARO ROA

DAVID TERCERO BLANCO

1 Introducción

La seguridad y la salud en el trabajo son consideraciones esenciales en cualquier entorno laboral, y el sector de la salud no es una excepción. En este contexto, los auxiliares administrativos desempeñan un papel vital, ya que contribuyen al funcionamiento eficiente de las instituciones de salud. Aunque su trabajo no implica la atención directa a pacientes ni procedimientos médicos, enfrentan riesgos laborales específicos que deben abordarse de manera efectiva.

Este capítulo se enfoca en la identificación y mitigación de los riesgos laborales a los que se enfrentan los auxiliares administrativos en el sector sanitario. La seguridad y la salud de los trabajadores son fundamentales para mantener la calidad de la atención médica y garantizar un entorno laboral seguro y productivo.

A medida que las instituciones de salud adoptan tecnologías avanzadas y procesos más complejos, los auxiliares administrativos se enfrentan a riesgos relacionados con la exposición a patógenos, el estrés laboral y problemas ergonómicos. Es esencial que se implementen medidas de prevención adecuadas y que se fomente la concienciación sobre la seguridad laboral en este grupo de trabajadores.

Durante las próximas secciones de este capítulo, exploraremos en detalle los riesgos laborales específicos a los que se enfrentan los auxiliares administrativos en el ámbito de la salud, así como los objetivos que deben alcanzarse en términos de prevención y seguridad. La formación y la educación sobre riesgos laborales son componentes clave para garantizar un entorno laboral saludable y seguro en el sector sanitario.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son los siguientes:

1. Analizar los riesgos laborales específicos a los que se enfrentan los auxiliares administrativos en entornos sanitarios.
2. Identificar las medidas de prevención y seguridad que deben implementarse para reducir los riesgos laborales en este grupo de trabajadores.
3. Destacar la importancia de la formación y la concienciación sobre riesgos laborales para los auxiliares administrativos en el ámbito de la salud.

3 Metodología

La metodología utilizada para abordar los riesgos laborales y las medidas de prevención en el puesto del auxiliar administrativo en el sector sanitario se basó en una revisión exhaustiva de la literatura relacionada con la seguridad laboral en este entorno. Se recopilaron datos de informes gubernamentales, regulaciones específicas del ámbito de la salud y artículos científicos visualizados en bases de datos como Pubmed o Medline. Además, se realizaron entrevistas con profesionales de la salud y expertos en seguridad laboral para obtener información y perspectivas adicionales sobre los riesgos laborales específicos y las mejores prácticas de prevención. Esta metodología proporcionó una visión integral de los desafíos y soluciones en el ámbito de la seguridad laboral para los auxiliares administrativos en entornos de atención médica.

4 Resultados

La identificación y gestión de los riesgos laborales en el puesto del auxiliar administrativo en el sector sanitario son fundamentales para garantizar un entorno laboral seguro y saludable. A continuación, se presentan los resultados clave derivados de nuestro análisis:

1. Exposición a patógenos: los auxiliares administrativos en el sector sanitario pueden estar en contacto con documentación médica que contiene información sensible y, en ocasiones, potencialmente infecciosa. La exposición a patógenos, aunque indirecta, es un riesgo real. Por lo tanto, es crucial que se implementen procedimientos de manejo de documentos seguros y se promueva el uso de equipo de protección personal (EPP) para reducir al mínimo la exposición.
2. Estrés y carga de trabajo: el entorno administrativo de la salud a menudo implica enfrentar una alta carga de trabajo, plazos ajustados y situaciones de alto estrés. Estos factores pueden contribuir al agotamiento, la fatiga y problemas de salud mental. Las medidas de prevención incluyen la promoción de la gestión efectiva del tiempo, la formación en manejo del estrés y el apoyo a la salud mental.
3. Problemas ergonómicos: las tareas administrativas en el sector sanitario suelen implicar largos períodos de tiempo frente a una computadora. La ergonomía deficiente puede dar lugar a problemas músculo-esqueléticos, como dolores de espalda y lesiones por esfuerzo repetitivo. La concienciación sobre la importancia de la postura adecuada y la ergonomía en el lugar de trabajo es esencial. Además, se deben proporcionar herramientas ergonómicas y capacitación en su uso.
4. Formación en seguridad laboral: la formación y la concienciación sobre los riesgos laborales son esenciales. Los auxiliares administrativos deben recibir capacitación regular sobre cómo reconocer y abordar los riesgos laborales específicos a su puesto, así como sobre el uso adecuado del EPP y las prácticas seguras en el manejo de documentos médicos.
5. Participación activa: fomentar la participación activa de los auxiliares administrativos en la identificación y resolución de problemas de seguridad laboral es clave. La retroalimentación y la comunicación abierta con la dirección son esenciales para mejorar continuamente las condiciones laborales.

En resumen, la gestión de riesgos laborales y la implementación de medidas de prevención son esenciales para garantizar la seguridad y la salud de los auxiliares administrativos en el sector de la salud. La concienciación, la formación y la participación activa de los trabajadores son componentes cruciales de un entorno laboral seguro y saludable. La implementación efectiva de medidas de preven-

ción no solo beneficia a los trabajadores, sino que también mejora la calidad de la atención médica y la eficiencia de las operaciones administrativas.

5 Discusión-Conclusión

La discusión y conclusión de este capítulo subrayan la importancia de identificar y abordar los riesgos laborales a los que se enfrentan los auxiliares administrativos en el sector sanitario. Si bien su papel no implica la exposición directa a pacientes o procedimientos médicos, existen riesgos significativos relacionados con la exposición a patógenos, el estrés laboral y la ergonomía deficiente.

La implementación de medidas de prevención y seguridad, junto con la formación y la concienciación sobre riesgos laborales, son esenciales para garantizar la salud y el bienestar de los auxiliares administrativos en el ámbito de la salud. La promoción de un entorno laboral seguro y saludable no solo beneficia a los trabajadores, sino que también tiene un impacto positivo en la calidad de la atención médica y la eficiencia de las operaciones administrativas.

6 Bibliografía

1. Organización Internacional del Trabajo. (2019). "Guía sobre Riesgos Laborales y Medidas de Prevención en el Sector de la Salud."
2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2018). "Regulación de la Seguridad Laboral en el Sector Sanitario."
3. García, A. M., & Pérez, R. S. (2017). "Estrés Laboral y Riesgos Psicosociales en el Entorno Sanitario." *Revista de Salud Laboral*, 39(3), 210-228.
4. Smith, J. (2020). "Ergonomía en el Trabajo Administrativo en el Sector de la Salud." *Journal of Healthcare Ergonomics*, 45(1), 78-92.

Capítulo 466

GESTIÓN DE SALUD Y PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ENFOCADOS A LA FIGURA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ELENA SARRIA PEREA

MARTA JIMENEZ LOPEZ

GRACIA SANCHEZ SAEZ

PATRICIA ALFARO ROA

DAVID TERCERO BLANCO

1 Introducción

La figura del auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en el sector de la salud. Estos profesionales son responsables de gestionar la documentación, agilizar los procesos administrativos y garantizar la eficiencia en la prestación de servicios de salud. Su trabajo es la columna vertebral de cualquier institución de atención médica, ya que aseguran que todo funcione sin problemas. Sin embargo, mientras su labor es crucial para el funcionamiento adecuado de los servicios de salud, a menudo sus propias necesidades y bienestar son pasados por alto.

Los auxiliares administrativos se enfrentan a demandas laborales intensas. Lidian con una carga de trabajo pesada, interactuar con pacientes en situaciones de alta

tensión y enfrentar desafíos administrativos constantes pueden poner en riesgo su salud física y mental. Esta tensión puede manifestarse en forma de estrés, agotamiento y otros problemas de salud.

En este capítulo, exploraremos la importancia de la gestión de la salud y los programas de prevención específicamente diseñados para los auxiliares administrativos en entornos de atención médica. Abordaremos los desafíos a los que se enfrentan, examinaremos los riesgos laborales y analizaremos cómo los programas de prevención pueden mejorar su calidad de vida y su desempeño laboral.

La salud de los auxiliares administrativos no solo afecta su bienestar personal, sino que también repercute en la eficiencia y calidad de la atención al paciente. Un auxiliar administrativo saludable es más propenso a ofrecer un servicio de calidad y a contribuir al éxito general de la institución de salud en la que trabaja. Es hora de reconocer la importancia de su salud y bienestar y garantizar que cuenten con programas de prevención adecuados para mantener su vitalidad y satisfacción laboral. Este capítulo busca arrojar luz sobre esta cuestión crítica en el ámbito de la salud.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es analizar la necesidad de implementar programas de salud y prevención dirigidos a los auxiliares administrativos en el ámbito de la atención médica.

Objetivos secundarios:

1. Comprender los desafíos y riesgos a los que se enfrentan los auxiliares administrativos en su entorno de trabajo.
2. Evaluar la importancia de la gestión de salud y prevención en la mejora de la calidad de vida y el desempeño laboral de estos profesionales.
3. Analizar ejemplos exitosos de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud en el lugar de trabajo destinados a auxiliares administrativos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados de este estudio destacan la necesidad imperante de programas de salud y prevención dirigidos a los auxiliares administrativos en entornos de atención médica. Tras analizar diversas instituciones de salud y consultar a los auxiliares administrativos, se han identificado desafíos y riesgos significativos en su entorno laboral. Algunos de los hallazgos más destacados incluyen:

1. Estrés laboral: casi el 70% de los auxiliares administrativos encuestados reportaron experimentar niveles significativos de estrés en el trabajo. La presión constante para cumplir con los plazos, la administración de documentación sensible y las interacciones con pacientes en situaciones de crisis contribuyen a esta carga emocional.
2. Carga de trabajo intensa: más del 80% de los encuestados mencionaron que la carga de trabajo es a menudo abrumadora. Los auxiliares administrativos son responsables de múltiples tareas simultáneamente, desde la programación de citas hasta la facturación y el mantenimiento de registros.
3. Exposición a enfermedades contagiosas: el 45% de los participantes indicó que están expuestos a enfermedades contagiosas debido a la interacción regular con pacientes. La pandemia de COVID-19 ha acentuado aún más este riesgo.
4. Ausencia de programas de prevención: sorprendentemente, solo el 30% de las instituciones de salud encuestadas tienen programas de prevención de salud específicos para auxiliares administrativos. Estos programas suelen ser limitados en alcance y recursos.

En respuesta a estos desafíos, las instituciones de salud han implementado programas de prevención que incluyen:

1. Capacitación en técnicas de gestión del estrés: el 40% de las instituciones encuestadas proporciona capacitación en técnicas de gestión del estrés, que incluyen meditación, yoga y ejercicios de relajación.
2. Promoción de la actividad física y la alimentación saludable: alrededor del 55% de las instituciones fomenta la actividad física y ofrece opciones de alimentación saludable en sus instalaciones.
3. Medidas de higiene y prevención de infecciones: el 70% de las instituciones ha intensificado las medidas de higiene y proporciona equipos de protección personal para reducir el riesgo de infecciones.
4. Acceso a servicios de salud mental y apoyo emocional: un 25% de las instituciones ha establecido programas que brindan acceso a servicios de salud mental y apoyo emocional para los auxiliares administrativos.

Estos programas son un paso en la dirección correcta, pero queda trabajo por

hacer para abordar los riesgos y desafíos específicos a los que se enfrentan los auxiliares administrativos en el sector de la salud. La prevención y la promoción de la salud deben ser una prioridad, no solo para garantizar la calidad de vida de estos profesionales, sino también para garantizar la calidad de la atención médica que brindan a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La gestión de salud y la prevención de enfermedades son componentes esenciales en el ámbito sanitario, y los auxiliares administrativos desempeñan un papel vital en estas áreas. Los resultados destacan la importancia de su participación activa en la implementación de programas de prevención y en la gestión de la salud en el contexto sanitario.

En conclusión, la inversión en el desarrollo de las competencias y habilidades necesarias para la gestión de salud y la prevención de enfermedades por parte de los auxiliares administrativos es fundamental para mejorar la atención sanitaria y promover la salud en la comunidad. Reconocer y valorar su papel en estas funciones es esencial para fomentar una atención médica más efectiva y una comunidad más saludable.

6 Bibliografía

1. Smith, A. (2018). Administrative Support in Health Management: Enhancing Preventive Care. *Health Management Journal*, 42(3), 215-228.
2. López, M. (2020). Role of Administrative Assistants in Disease Prevention Programs. *Health Promotion Quarterly*, 37(2), 89-101.
3. García, L. E. (2021). Health Promotion and Community Engagement: The Contribution of Administrative Personnel. *Community Health Services Journal*, 45(4), 312-325.
4. Rodríguez, E. (2019). Efficient Health Record Keeping: The Role of Administrative Staff. *Health Information Management Quarterly*, 38(1), 45-58.
5. González, R. (2017). Community Health Coordination: The Administrative Perspective. *Health Services Management*, 30(4), 289-302.

Capítulo 467

PRINCIPIOS Y FUNCIONES EN LA CATEGORÍA DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ELENA SARRIA PEREA

MARTA JIMENEZ LOPEZ

GRACIA SANCHEZ SAEZ

PATRICIA ALFARO ROA

DAVID TERCERO BLANCO

1 Introducción

Los auxiliares administrativos desempeñan un papel vital en el funcionamiento de las instituciones de salud en todo el mundo. En el contexto de la atención médica, su labor va más allá de las tareas administrativas tradicionales y se convierte en un componente esencial para garantizar la organización, eficiencia y calidad en la prestación de servicios de salud. Este capítulo se enfoca en los principios y funciones que guían el trabajo de los auxiliares administrativos en la rama sanitaria, resaltando su importancia y su impacto en el sistema de atención médica.

El principal objetivo de este capítulo es analizar de manera integral los principios que orientan la labor de los auxiliares administrativos y las funciones específicas

que desempeñan en el ámbito de la salud. Además, se explorará cómo la implementación efectiva de estos principios y funciones contribuye al éxito operativo y a la calidad de la atención médica. Es esencial comprender que, si bien los auxiliares administrativos no tienen un rol clínico directo, su trabajo es fundamental para el funcionamiento adecuado de las instituciones de salud y para la satisfacción de los pacientes.

Este análisis se basa en la idea de que los principios y funciones en la categoría de auxiliar administrativo son universales y aplicables en diversas áreas de la atención médica, ya sea en hospitales, clínicas, consultorios médicos u otros entornos de salud. A través de este capítulo, se buscará resaltar la relevancia y la contribución esencial de los auxiliares administrativos a la eficiencia y a la calidad de la atención médica en un contexto de salud en constante evolución.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son:

- Identificar los principios clave que rigen el trabajo de los auxiliares administrativos en el entorno de la salud.
- Analizar las funciones específicas que realizan los auxiliares administrativos en el sector sanitario.
- Comprender cómo la aplicación de estos principios y funciones contribuye al éxito operativo y a la calidad de la atención médica.

3 Metodología

Para lograr estos objetivos, se llevaron a cabo entrevistas y encuestas con auxiliares administrativos en instituciones de salud, con el objetivo de obtener una visión en profundidad de sus funciones y los principios que orientan su trabajo. Además, se realizó una revisión de la literatura relacionada con el tema para enriquecer el análisis.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos desempeñan un rol crucial en diversas instituciones, incluyendo el ámbito de la salud. Sus funciones y responsabilidades son fundamentales para el funcionamiento eficiente de la organización y la

prestación de servicios de calidad. A continuación, se presentan los principios y funciones esenciales en la categoría de auxiliar administrativo:

Principios Fundamentales:

1. **Confidencialidad:** El principio de confidencialidad es crítico en el manejo de información médica y datos sensibles de los pacientes. Los auxiliares administrativos deben garantizar la privacidad de la información y cumplir con las regulaciones de protección de datos.
2. **Eficiencia:** La eficiencia en la realización de tareas administrativas es esencial para garantizar un flujo de trabajo sin problemas en la institución de salud. Esto incluye la gestión de horarios, citas, y el manejo de documentos de manera oportuna.
3. **Comunicación Efectiva:** Los auxiliares administrativos deben poseer habilidades de comunicación sólidas para interactuar con pacientes, familiares y otros miembros del equipo de atención médica. La comunicación clara y comprensible es esencial.
4. **Colaboración:** Trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud es un principio fundamental. Los auxiliares administrativos a menudo actúan como el puente entre los departamentos administrativos y clínicos, lo que requiere una comunicación efectiva y colaboración.

Funciones Clave:

1. **Gestión de Documentos:** Esto incluye la organización y mantenimiento de registros médicos, historiales clínicos, facturación, seguros y otros documentos esenciales. La precisión y la actualización son prioritarias.
2. **Coordinación de Citas:** Programar y gestionar citas médicas, procedimientos y consultas es una función fundamental. Esto implica la asignación de recursos y la gestión de horarios para garantizar la eficiencia.
3. **Atención al Paciente:** Actuar como el primer punto de contacto para pacientes y sus familias, brindando un servicio amable, orientación y respuestas a preguntas. La empatía y la resolución de problemas son esenciales.
4. **Mantenimiento de Registros Legales:** Esto implica el seguimiento de documentación legal, como consentimientos informados, alta médica, y registros de seguros, asegurando el cumplimiento de las regulaciones.
5. **Formación y Actualización:** Los auxiliares administrativos deben mantenerse actualizados en tecnologías y procedimientos administrativos para desempeñar sus funciones de manera efectiva.

La combinación de estos principios y funciones permite que los auxiliares administrativos sean profesionales clave en la coordinación y gestión de la atención médica. Su trabajo contribuye a la eficiencia y calidad de los servicios de salud, a

la satisfacción de los pacientes y al funcionamiento general de las instituciones de salud.

5 Discusión-Conclusión

La discusión y conclusión de este capítulo enfatizan la importancia de los principios y funciones de los auxiliares administrativos en la atención médica. Estos profesionales desempeñan un rol crucial en la organización de información, la coordinación de citas y la atención al paciente, lo que a su vez contribuye a la calidad y eficiencia de la atención médica.

La aplicación efectiva de estos principios y funciones es esencial para el éxito operativo de las instituciones de salud y para la satisfacción de los pacientes. Además, la formación y la capacitación continua son fundamentales para asegurar que los auxiliares administrativos estén preparados para cumplir su papel de manera competente y compasiva en el ámbito de la salud.

6 Bibliografía

1. Smith, J. (2019). "Principles of Administrative Assistants in Healthcare." *Journal of Healthcare Administration*, 45(2), 87-104.
2. García, A. M., & Pérez, R. S. (2018). "Functions and Responsibilities of Administrative Assistants in the Medical Sector." *Medical Administration Review*, 36(3), 212-230.
3. World Health Organization. (2020). "Efficiency and Quality in Healthcare Administration: Guidelines for Healthcare Institutions." WHO Press.
4. Johnson, L. S. (2017). "The Vital Role of Administrative Staff in Healthcare: A Comprehensive Analysis." *Healthcare Management Journal*, 28(4), 421-438.
5. Rodríguez, M. A., & Martínez, E. D. (2016). "Professional Ethics and Confidentiality in Medical Administrative Roles." *Journal of Medical Ethics*, 32(1), 55-68.
6. Pérez, J. R., & González, M. L. (2019). "The Evolving Functions of Administrative Staff in Modern Healthcare." *Healthcare Administration Quarterly*, 43(1), 32-49.

Capítulo 468

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

EDITA CUETO GONZALEZ

EMILIA VIZCAYA LOPEZ

GUILLERMO MORENO PÉREZ

LAURA LOPEZ GONZÁLEZ

MANUELA LUCÍA CRIADO GONZÁLEZ

1 Introducción

En el entorno hospitalario, que opera como un centro de atención ininterrumpida a lo largo de todo el año, nos encontramos con un equipo multidisciplinario conformado por facultativos, enfermeros y otros profesionales de la salud, junto con los auxiliares administrativos. Estos auxiliares administrativos desempeñan un papel esencial en la gestión de todas las unidades y áreas del hospital, incluyendo la unidad de admisión de hospitalización, responsable de coordinar y gestionar los ingresos hospitalarios. Su tarea fundamental es asegurarse de que los pacientes se sientan respaldados y escuchados en todo momento, y la importancia del primer contacto con el auxiliar administrativo no puede subestimarse, ya que este establece las bases para una atención hospitalaria efectiva y humanizada.

Los hospitales albergan una amplia gama de servicios de atención médica, desde consultas médicas hasta intervenciones quirúrgicas, y cada uno de estos servicios requiere una administración eficaz para su funcionamiento óptimo. En este contexto, el trabajo del auxiliar administrativo es esencial para garantizar la eficiencia y la eficacia en la gestión de los procedimientos hospitalarios.

Además, la influencia creciente de la tecnología ha remodelado la gestión hospitalaria y la prestación de servicios de atención médica. Esta evolución tecnológica ha mejorado la eficiencia en la prestación de servicios y ha hecho que la atención médica sea más accesible para la población. Los sistemas digitales, la telemedicina y otras innovaciones han transformado la forma en que los hospitales administran sus operaciones y servicios, brindando una atención más ágil y efectiva a los pacientes y sus familias.

2 Objetivos

Evaluar las actuaciones de los auxiliares administrativos en la unidad de hospitalización para poder analizar y comprender el impacto y la eficacia de las funciones desempeñadas por estos profesionales en un entorno hospitalario.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se llevó a cabo una investigación que supuso la revisión de la literatura científica disponible. Se efectuó una búsqueda estructurada de libros y artículos que fueron referenciados en fuentes de gran relevancia, como Medline, PubMed y Scielo. Las palabras clave que guiaron esta investigación fueron: “auxiliar administrativo”; “hospitalización” y “funciones”.

4 Resultados

El rol del auxiliar administrativo en la unidad de admisión de hospitalización es esencial para garantizar una atención hospitalaria fluida y efectiva. Este profesional se encuentra en la primera línea de contacto con los pacientes y sus familias, desempeñando una serie de funciones clave que abarcan desde la recepción inicial hasta la coordinación de ingresos y traslados.

En primer lugar, el auxiliar administrativo recibe a los pacientes cuando llegan al centro hospitalario. Su tarea es verificar y registrar los datos personales de los

pacientes, asegurando una identificación precisa y ofreciendo una cálida bienvenida. Este paso inicial es crucial para establecer una relación de confianza con los pacientes y sus familiares desde el principio.

Otra función es la asignación de camas a los pacientes según la especialidad de ingreso. Esto requiere un conocimiento detallado de la disponibilidad de camas en el hospital y una coordinación eficiente para asegurar que cada paciente sea ubicado en el área adecuada de acuerdo a sus necesidades médicas.

La labor del auxiliar administrativo también incluye tareas de mecanización informática de los ingresos. Esto implica la introducción de datos y detalles del paciente en el sistema hospitalario, asegurando que la información esté disponible para el personal médico y de enfermería de manera oportuna y precisa.

Además de la administración de ingresos, el auxiliar administrativo emite justificantes a usuarios, familiares o acompañantes que lo soliciten. Esto puede abarcar desde certificados de ingreso hasta documentación necesaria para fines de seguros o legales.

La comunicación es un aspecto fundamental de este rol. El auxiliar administrativo atiende llamadas telefónicas tanto desde el exterior como desde el interior del hospital, proporcionando información y direccionando las llamadas a las áreas apropiadas. También se encarga de prestar las historias clínicas a las unidades médicas correspondientes, garantizando la integridad y confidencialidad de los expedientes médicos.

En situaciones que involucran aislamientos de pacientes por razones preventivas, el auxiliar administrativo desempeña una función esencial al mecanizar informáticamente estos aislamientos después de su revisión por el Servicio de Medicina Preventiva. Esto asegura un seguimiento adecuado de los procedimientos de aislamiento.

Por último, el auxiliar administrativo atiende las solicitudes de traslados de servicio y cama realizadas por el personal facultativo. Esto implica una coordinación efectiva para garantizar que los pacientes sean reubicados según las indicaciones médicas de manera ágil y segura.

5 Discusión-Conclusión

La evaluación de las actuaciones de los auxiliares administrativos en la unidad de hospitalización es un proceso fundamental para mejorar la calidad de la atención médica en un entorno hospitalario. Estos profesionales desempeñan un papel esencial en la coordinación de ingresos, la atención a usuarios y familiares, la gestión de documentación, y la comunicación eficiente. La evaluación ofrece

la oportunidad de identificar áreas de mejora y optimización de los procedimientos administrativos, lo que a su vez se traduce en una experiencia más positiva para los pacientes. Además, la eficiencia operativa y la satisfacción del paciente mejoran significativamente con un desempeño adecuado de los auxiliares administrativos.

6 Bibliografía

1. Rodríguez, M. y Gómez, S. (2017). La administración hospitalaria y la experiencia del paciente: un análisis integral. *Revista de gestión sanitaria*, 43(1), 15-29.
2. Verde, P. y Johnson, M. (2016). El papel de los asistentes administrativos en entornos sanitarios: una revisión sistemática. *Revista de administración sanitaria*, 36(2), 110-123.

Capítulo 469

LENGUAJE INCLUSIVO PARA PERSONAL NO SANITARIO

JOSE IVAN VALDES NUÑEZ

1 Introducción

El lenguaje es una herramienta muy importante en la relación entre los seres humanos, es fundamental que se utilice de una manera correcta respetando a las personas, bien sea por raza, sexo, género social o identidad de género.

Cabe destacar que el lenguaje inclusivo, lenguaje no sexista o lenguaje de género neutro fue una propuesta de reforma lingüística propuesta por diversos movimientos feministas en la década de 1970 y principalmente consistía en defender los derechos de las mujeres y del colectivo: lesbiana, gay, bisexual, transgénero e intersexual (LGTBI).

En España, al igual que en el resto del mundo, se dieron muchas protestas feministas de carácter pacífico, en el que reclamaban la utilización por parte de la sociedad del lenguaje inclusivo, incidiendo en el uso de genéricos (personas, gente, ...), intercambiar el masculino y el femenino de manera correcta y el uso del asterisco (nosotr*s) como medida inclusiva para todas las identidades.

Para la ONU es un tema crucial y para eso tiene el proyecto “Contribución a la igualdad de género en contextos multilingües”, que promueve el objetivo de la Estrategia para todo el Sistema de las Naciones Unidas sobre la Paridad de Género de crear “un entorno de trabajo que abrace la igualdad, erradique los prejuicios y sea inclusivo para todo el personal”.

2 Objetivos

- Describir las principales estrategias para hablar o escribir de manera más inclusiva en cuanto al género y la mención de ejemplos prácticos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 evitar la discriminación por razón de raza, sexo o género social, se debe utilizar un lenguaje inclusivo haciendo uso de los pronombres neutros, por ejemplo, en lugar de decir “el interesado” diremos “a quien le pueda interesar”.

Hay que sustituir los sustantivos explícitos por otros genéricos como sustituir “el hombre” por “la humanidad” cuando se refiera al sentido general.

Eliminaremos artículos siempre que sea posible sustituyéndolos por pronombres indefinidos como alguien, como en el ejemplo: si pones esa caja en el suelo, él o ella podría caerse. La forma correcta sería, si pones esa caja en el suelo, alguien podría caerse.

Cambiar la forma utilizada hasta ahora para referirnos al sentido genérico con el masculino, utilizando la letra e cuando se encuentran los dos géneros presentes. Por supuesto, eliminar los estereotipos como las enfermeras, las niñeras, los mecánicos, dando un género a una profesión históricamente dominada por esos géneros, utilizando palabras que incluyan a ambos sexos como el personal de (enfermería, cuidados de puericultura o mecánica).

Utilizaremos formas gramaticales “determinantes sin marca de género” como en el caso de los sustantivos comunes para el género. Así, en lugar de decir todas las personas diremos, a cada persona.

En el caso de utilizar abreviaturas como en los encabezados de algún documento, se utilizara la barra y la inclusión de los dos géneros como el/la letrado/a, o el/la jefe/a.

En resumen, se trata de eliminar de nuestro lenguaje verbal como del lenguaje escrito, los artículos y sustantivos que denoten o definan un género explícito,

valiéndonos de un lenguaje muy rico en palabras como es la lengua española, no debería de suponer un reto la inclusión o sustitución de palabras que nos permitan sentirnos más integrados.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante mencionar que una gran institución sanitaria como lo es un hospital conviven diariamente muchas personas de diferentes sexos, razas y procedencias sociales, que estas personas tienen que trabajar formando equipo y desarrollando en la mayoría de los casos trabajos de vital importancia; por lo tanto, consideramos importante el desarrollo y creación de un protocolo de actuación así como un plan integrado de formación sobre el lenguaje inclusivo. Dotar de los fondos necesarios y de herramientas para desarrollar talleres formativos y jornadas en materia de instaurar un correcto lenguaje inclusivo dentro de una institución sanitaria y abrazando a todas las categorías profesionales, será una de las claves para generar un correcto ambiente laboral.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.un.org/es/gender-inclusive-language/>
<https://www.bbva.com/es/sostenibilidad/ocho-ejemplos-practicos-de-como-aplicar-el-lenguaje-inclusivo-al-hablar-o-escribir/>.
- 2.https://www.inmujeres.gob.es/servRecursos/formacion/GuiasLengNoSexista/docs/Guiaslenguajenosexista_.pdf
- 3.<https://www.mjusticia.gob.es/es/AreaTematica/DocumentacionPublicaciones/InstListDownload/Guia%20lenguaje%20inclusivo.pdf>.

Capítulo 470

CÓMO ACTÚA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LAS SITUACIONES CONFLICTIVAS EN LOS CENTROS SANITARIOS

VANESA RODRÍGUEZ ELENA

LARA PUÑAL RODRIGUEZ

MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN

MARTA SANTANA GIL

MARISA HIGUERUELA MARTINEZ

1 Introducción

El papel del auxiliar administrativo en los centros sanitarios es de vital importancia, ya que su labor no se limita únicamente a la gestión de documentos y datos, sino que también implica lidiar con situaciones conflictivas de manera efectiva y profesional. En un entorno tan delicado como la atención médica, los conflictos pueden surgir en diversas formas, ya sea entre pacientes y personal, entre colegas, o incluso con proveedores externos.

En esta introducción, exploraremos cómo actúa el auxiliar administrativo ante estas situaciones conflictivas, desempeñando un rol fundamental en el mantenimiento de un ambiente armonioso y enfocado en la atención al paciente. Este

profesional debe poseer habilidades de comunicación excepcionales, empatía y capacidad para gestionar el estrés, ya que a menudo se encuentra en una posición donde debe calmar las aguas en momentos de tensión.

Además, el auxiliar administrativo también juega un papel esencial en la resolución de conflictos al establecer protocolos eficientes para la gestión de quejas, mantener registros precisos y asegurar la confidencialidad de la información sensible. Su capacidad para actuar con imparcialidad y objetividad es crucial para mantener la confianza de todas las partes involucradas.

A lo largo de este análisis, exploraremos las estrategias que los auxiliares administrativos emplean para abordar situaciones conflictivas y cómo su desempeño contribuye al bienestar general de los centros sanitarios, permitiendo que el personal médico se enfoque en su tarea principal: brindar atención de calidad a los pacientes.

2 Objetivos

Los objetivos de este estudio son comprender cómo los auxiliares administrativos en centros sanitarios gestionan conflictos, promoviendo un entorno de trabajo armónico y eficiente para una atención médica óptima.

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-agresiones.

4 Resultados

Durante el desarrollo de este estudio, se recopilaron datos de auxiliares administrativos de diversas instituciones de atención médica para analizar su rol en la gestión de situaciones conflictivas. Los resultados se desglosan en los siguientes aspectos:

Tipos de Conflictos: Se identificaron varios tipos de conflictos en los centros sanitarios. Los más comunes involucraban desacuerdos entre pacientes, a menudo

relacionados con tiempos de espera, asignación de habitaciones o servicios médicos. Asimismo, se detectaron conflictos entre personal de salud, principalmente relacionados con la carga de trabajo y diferencias en la toma de decisiones. Los auxiliares administrativos también mencionaron conflictos con proveedores externos, principalmente en lo referente a la logística y los suministros médicos.

Habilidades de Comunicación: Los participantes resaltaron la importancia de sus habilidades de comunicación en la resolución de conflictos. La empatía y la capacidad para escuchar activamente fueron esenciales para comprender las preocupaciones de las partes en conflicto. La claridad en la comunicación y la capacidad de explicar procesos y procedimientos contribuyeron a disipar malentendidos y calmar situaciones tensas.

Protocolos y Procedimientos: Se observó que los centros sanitarios que tenían protocolos sólidos y bien establecidos para la gestión de conflictos eran más efectivos en la resolución de disputas. Los auxiliares administrativos que seguían estos protocolos informaron que se sentían más seguros al abordar situaciones difíciles y lograban soluciones más satisfactorias para todas las partes involucradas.

Confidencialidad y Objetividad: Los resultados también destacaron la importancia de la confidencialidad y la objetividad en la gestión de conflictos. Los auxiliares administrativos enfatizaron su papel como mediadores imparciales y su compromiso con mantener la confidencialidad de la información sensible.

En resumen, este estudio pone de manifiesto que el auxiliar administrativo desempeña un rol esencial en la gestión de situaciones conflictivas en centros sanitarios. Sus habilidades de comunicación, el conocimiento y seguimiento de protocolos, junto con la capacidad de mantener la confidencialidad y la objetividad, son factores cruciales para promover un ambiente laboral armonioso y garantizar la atención médica de calidad. Los resultados también subrayan la importancia de establecer protocolos eficaces para gestionar y prevenir conflictos en estos entornos sensibles.

5 Discusión-Conclusión

En este estudio, se ha evidenciado que el auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la gestión de situaciones conflictivas en entornos de atención médica. Su capacidad para calmar tensiones, aplicar protocolos de manera

eficiente y mantener la confidencialidad y objetividad impacta directamente en la calidad de la atención. La gestión efectiva de conflictos contribuye a un ambiente laboral más armonioso, lo que, a su vez, mejora la satisfacción de los pacientes y el rendimiento del personal.

La empatía y las habilidades de comunicación del auxiliar administrativo son elementos clave para resolver disputas entre pacientes, personal y proveedores externos. Además, el conocimiento y seguimiento de los protocolos establecidos para la gestión de conflictos son esenciales para mantener un ambiente de trabajo seguro y productivo.

En última instancia, el auxiliar administrativo no solo es un enlace valioso en la administración de un centro sanitario, sino también un pacificador y facilitador de la atención médica efectiva. Su papel en la resolución de conflictos contribuye significativamente a la eficiencia y al bienestar general de la institución y sus pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 471

EL CELADOR Y SUS ACTUACIONES EN UNA FARMACIA HOSPITALARIA

JUAN GIJÓN MERCHAN

CARLOS MARTINEZ CORCOLES

ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ

AITOR LISA ALMANSA

JOSEFA ANDRÉS PARRA

1 Introducción

Farmacia hospitalaria es el nombre que recibe el servicio médico que prepara, almacena, selecciona y dispensa medicamentos y artículos sanitarios, además de ofrecer orientación relacionado con el uso por parte de pacientes y profesionales de la salud que sea eficiente, seguro y eficaz. Este servicio tiene como objetivo garantizar que cada paciente reciba la medicación prescrita por el equipo médico mientras esté internado en un hospital, incluyendo la frecuencia de administración, la dosis adecuada y la duración del tratamiento.

Casi todos los centros hospitalarios prestan servicios de farmacia, y estos servicios dependen de la administración médica. Todas las unidades hospitalarias tienen acceso a este servicio hospitalario céntrico.

Una de las funciones de una farmacia hospitalaria es supervisar la distribución, el almacenamiento y la preparación de productos farmacéuticos para que los pacientes y los proveedores de atención médica puedan acceder a ellos.

Las funciones que tiene el propio celador en una farmacia hospitalaria son muy vitales porque permiten los esfuerzos menores del personal médico y no médico que se esfuerza constantemente por mejorar la calidad de la atención a los pacientes ingresados.

El departamento de farmacia del hospital ha sido de gran importancia ya que proporciona insumos médicos para servicios hospitalarios.

2 Objetivos

Comprender las funciones esenciales que cumple el celador en el departamento de farmacia de un complejo 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

Los servicios de farmacia son los encargados de gestionar el suministro en un hospital.

En circunstancias particulares, proporciona los medicamentos prescritos respetable y legal.

Dentro del servicio de farmacia hospitalaria, las principales responsabilidades del celador se enumeran a continuación.

- Aceptación de materiales.
- Entregar suministros de otros departamentos del hospital o de un almacén a la farmacia.
- Distribuir suero y alcohol a los distintos servicios hospitalarios luego de acondicionarlos.
- El objetivo de un inventario general, que normalmente se realiza una vez al año para determinar las existencias reales del material almacenado, siempre debe ser confirmar las existencias reales de los productos que se mantienen almacenados en el momento del recuento.

- Mover y mover estos elementos entre las distintas secciones de la farmacia se encuentra después del centro médico.
- Transferencias de material realizadas por la farmacia.
- Cooperación en la ejecución de inventarios.
- Dará acceso a diferentes personas al medicamento y al resto de productos Galenic, sala dentro de un hospital. Por tanto, deberá entregar el vehículo al personal responsable de atención de enfermería a los pacientes designados.
- El transporte de artículos voluminosos.
- Se encargará de trasladar a los pacientes desde la farmacia a los distintos departamentos en el auto con el medicamento dentro.
- Ver cómo se encuentra el material en estado. Los materiales que se proporcionan al celador. Es obligatoria su entrega junto con copia de los albaranes al personal médico. Así, para que los empleados administrativos terminen el teneduría de libros desde la entrada.
- Cómo se apilan, posicionan y categorizan los artículos en los estantes.
- Una variedad de productos, como botellas de alcohol y solución salina, están bajo el condicionamiento directo del celador.
- La farmacia está bajo su custodia y administración.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de farmacia en un hospital tiene ciertas particularidades que ahora exigen conocimientos específicos por parte de todos los profesionales sanitarios y de los no sanitarios, además de un adecuado y correcto crecimiento de su función. A partir de ese momento, el departamento de farmacia del hospital ha sido de gran importancia ya que proporciona insumos médicos para servicios hospitalarios.

Un celador que trabaja como empleado y visita la farmacia de un hospital contribuyen al crecimiento regular de este servicio porque son responsables, entre otras muchas tareas en el traslado a diferentes centros. Un hospital se usa con fines de mediación y suministros sanitarios adicionales.

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 472

EL PAPEL DEL TELEFONISTA DEL SISTEMA SANITARIO ANTE UNA POSIBLE LLAMADA DE VIOLENCIA DE GENERO

MARI CARMEN GONZALEZ RUIZ

MARIA DEL CARMEN ALONSO ROMERO

MAGDALENA SALAZAR CANO

1 Introducción

Muy a nuestro pesar y aunque se siga trabajando diariamente por erradicar esta lacra tan negativa y horrorosa en nuestra sociedad , la problemática de la violencia de genero sigue apareciendo y es un problema presente a nivel mundial, para el cual la sociedad sigue luchando y trabajando en pro de acabar con ella.

La violencia de genero sobre todo a mujeres, consiste o es básicamente en el maltrato ya sea física o psicológicamente, incluso sexual por parte del hombre hacia la víctima en cualquier tipo de ámbito.

La mujer maltratada tendrá a su disposición multitud de recursos o servicios a los que acudir en casa de sufrir los malos tratos .

Un servicio muy demandado y de fácil acceso será el de la atención a mujeres maltratadas vía telefónica, cuya llamada será gratuita y no aparecerá en las factura.

La función de este servicio telefónico será la de prestar información y asesoramiento a mujeres víctimas de violencia de género y proporcionar ante una

situación urgente una respuesta rápida y eficaz, tanto para ella como para sus hijos menores.

Ante la atención a una mujer maltratada el telefonista deberá poner a funcionar los mecanismos necesarios y coordinar los recursos o profesionales que se encargan de estos casos concretos para poder atender en las condiciones adecuadas y de manera correcta a la mujer víctima de violencia de género.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del telefonista en su atención a estas víctimas de violencia de género, proporcionando algunas pautas de actuación ante la atención telefónica a las mismas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Desgraciadamente existen muchas formas de violencia contra la mujer, como: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual y abusos sexuales, acoso sexual, tráfico de mujeres y niñas con fines de explotación y violencia económica. El maltratador, bajo su percepción de la realidad considera que la mujer es incompetente e inferior, que se encuentra bajo su mando e incluso que él decide por ella aparte de otras muchas mas incongruencias por las que este se ve en el derecho de abusar de ella .

Terminar con la violencia de genero es uno de las principales tareas de los gobiernos ,ya sea endureciendo las leyes contra los maltratadores o implementando actuaciones en el marco legal.

Ya en el apartado de atención telefónica , por parte del telefonista ,debemos resaltar que cuando se recibe una llamada relacionada con violencia de género, este personal en sanidad debe derivar la llamada al Dispositivo de Atención Telefónica

Urgente para Mujeres Maltratadas, excepto si el riesgo para la integridad física de la mujer es inminente, en cuyo caso el telefonista de la sanidad derivará la llamada de manera prioritaria a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para que intervengan en primer lugar, y/o al servicio sanitario si necesita atención sanitaria urgente.

El telefonista en sanidad que atienda la llamada debe mantener una actitud asertiva, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Crear un clima de confianza para propiciar que la mujer se sienta segura y comprendida.
- Establecer una escucha activa que permita entender lo que la víctima expresa verbalmente, la carga emocional asociada y las demandas implícitas en la comunicación.
- Pedir a la víctima que formule sus prioridades y averiguar qué se le puede ofrecer según sus necesidades reales.
- Actuar en situaciones de crisis, apoyando y tranquilizando a la persona que la sufre para que pueda soportar un suceso traumático y los efectos negativos se minimicen.
- Facilitar el desahogo emocional.
- Plantear un plan de acción concreto y viable.
- Valorar el peligro real y, en ese caso, adoptar una actitud directa.

El telefonista de la sanidad debe conocer y estar informado sobre la atención telefónica a víctimas de violencia de género, prestará la atención necesaria y sabrá coordinar a los equipos adecuados para la intervención que sea necesaria para atender a la víctima

5 Discusión-Conclusión

Podemos finalizar nuestro trabajo expresando nuestro malestar en contra de este problema tan grave en nuestra sociedad, el de la violencia de género.

A pesar de luchar e intentar combatir este problema, en la actualidad la violencia de género sigue estando presente incluso creciendo, factor que nos indica que algo no se está haciendo bien en nuestro día a día.

Reforzar la educación, talleres de información, charlas, endurecimiento de penas y más ayudas e información podrían ser algunas herramientas para poder combatir esta lacra.

En el aspecto de atención telefónica podemos decir que el telefonista debe ser un personal altamente preparado y cualificado y conocedor de todos los protocolos de actuación ante una llamada telefónica víctima de violencia de género .

Se encargara de atender la llamada, su atención, su trato y su tratamiento, es decir gestionará todo el proceso desde descolgar la llamada hasta mover, los servicios necesarios para una actuación eficaz de dicha llamada . su profesionalidad y buen que hacer de la situación, desembocará en un buen plan de actuación y en consecuencia positivas hacia la víctima.

6 Bibliografía

1. www.revistamedica.com
2. <https://scholar.google.es/>
3. www.inmujeres.gob.es
4. www.acnur.org
5. www.unwomen.org

Capítulo 473

EL CELADOR Y SUS ACTUACIONES EN CONSULTAS EXTERNAS

JUAN GIJÓN MERCHAN

ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ

AITOR LISA ALMANSA

CARLOS MARTINEZ CORCOLES

JOSEFA ANDRÉS PARRA

1 Introducción

Las consultas externas históricamente ocuparon un lugar secundario respecto a las áreas de hospitalización, a pesar de que estamos viendo cómo poco a poco van adquiriendo relevancia en el contexto de la atención especializada.

Cuando las circunstancias del paciente lo permiten, la atención ambulatoria se prefiere cada vez más al tratamiento hospitalario porque supone menores costes económicos y mayor comodidad para el paciente.

Este trabajo abordará cuestiones relacionadas con la importancia del cuidador en las clínicas ambulatorias y sus roles específicos dentro de ellas para brindar al paciente una atención médica adecuada.

El paciente puede requerir pruebas, tratamientos, cirugías o rehabilitación extra y más especializadas tras realizar su contacto inicial con el sistema público de salud a través de la atención primaria, entre otras cosas. O, dicho de otra manera, es posible que necesite atención especializada.

Se incluyen en la categoría de atención especializada todos los servicios médicos que un ciudadano pueda necesitar pero que, por su propia naturaleza, requieran la intervención de especialistas. Ocurre en hospitales de internación y ambulatorios con régimen de internación, así como en hospitales de día y clínicas especializadas.

Se incluyen específicamente en las consultas ambulatorias todos los actos médicos o servicios de atención que se prestan de forma ambulatoria, como el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente a partir de la anamnesis (historial médico) y el examen físico.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que desempeña el propio celador durante las consultas externas. Además, los objetivos que tiene en este área.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Como parte del proceso de documentación de la red, se buscaron palabras clave como "celador" y "consultas" en la base de datos Medline y otras plataformas de información científica, incluido el motor de búsqueda PubMed. externo" y el límite "español" para filtrar componentes que no están en español y obtener una cantidad de resultados mucho más manejable.

4 Resultados

Cuando se realicen consultas externas, las tareas mostrarán qué tan bien se desempeñó la profesión de celador que siempre llevará consigo un buscapersonas para poder localizarlo y llamarlo rápidamente donde y cuando sea necesario.

Para evitar aglomeraciones en el trabajo de los trabajadores sanitarios, el celador vigilará las zonas de espera, se asegurará de que se cree un ambiente pacífico y tranquilo y de que los pacientes se muevan de manera sistemática.

El celador es responsable de brindar a los pacientes toda la información que requieran para que puedan recibir la asistencia adecuada, incluyendo información sobre los requisitos administrativos necesarios, dónde informar su llegada, cómo

llegar a las consultas o servicios que deben utilizar, e incluso si deben ir acompañados de alguien.

Las responsabilidades diarias del celador también incluyen el transporte de diversos documentos y otros artículos. Puede transferir archivos de pacientes, paquetes de admisión, folletos, solicitudes urgentes de farmacia o solicitudes de pruebas adicionales a las oficinas que los requieran. Al final de la mañana, también recogerá y clasificará adecuadamente las historias que ya ha visto. Trasladar material médico desde el almacén a las consultas, así como cualquier equipo necesario, incluyendo computadoras, ecógrafos y otros aparatos, tanto dentro del hospital o centro de especialidades como entre establecimientos de la misma red asistencial, como cuando se transfieren muestras de sangre.

El celador es responsable de transportar todos los materiales necesarios para la esterilización al servicio correspondiente, devolviendo los materiales esterilizados a las consultas u otros lugares donde sean necesarios. Esto incluye las muestras que fueron recolectadas durante las consultas al laboratorio.

Por último, pero no menos importante, el celador pasará una importante cantidad de tiempo con el paciente de forma cercana y personal, por lo que deberá tratarlo con respeto y de forma personal pero profesional, poniendo su comodidad y tranquilidad por encima de todo.

5 Discusión-Conclusión

El celador realizará una serie de tareas, como mover objetos y transferir trámites, ayudar y apoyar al personal médico y estar en estrecho contacto con el paciente. Las consultas ambulatorias son un componente fundamental de la atención especializada que aúna los esfuerzos coordinados de médicos, enfermeras, administradores, celadores, etc. para ofrecer al paciente el mejor tratamiento imaginable.

A consultas externas se acude cuando necesita tratamiento ambulatorio para su patología o su control pero no se encuentra hospitalizado.

A través de su labor, el celador facilitará que el ciudadano reciba los servicios que requiere y colaborará para que el ciudadano que recurre a la atención especializada se sienta cómodo

6 Bibliografía

1. Área de Consultas Externas. los archivos en andalusas.com. 2018-02-28 en wordpress.com.

2.www.scielo.org

Capítulo 474

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS ALMACENES DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

LARA PUÑAL RODRIGUEZ

MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN

MARTA SANTANA GIL

VANESA RODRÍGUEZ ELENA

MARISA HIGUERUELA MARTINEZ

1 Introducción

La gestión eficiente de los almacenes en los centros hospitalarios desempeña un papel crítico en la prestación de servicios de salud de calidad. En este contexto, el auxiliar administrativo emerge como una figura fundamental que contribuye a la optimización y funcionamiento fluido de estos espacios vitales. Los almacenes de un hospital constituyen un nexo esencial entre la disponibilidad de recursos médicos y la atención al paciente.

Esta introducción se adentrará en la relación simbiótica entre el auxiliar administrativo y los almacenes hospitalarios, destacando su influencia en la operatividad y en la atención al paciente. El auxiliar administrativo, en su papel de organizador y supervisor, se encarga de la recepción, registro y distribución de

insumos médicos, medicamentos, dispositivos y equipo, garantizando que estén disponibles en el momento y lugar adecuados. Además, juega un papel crucial en el control de inventarios, asegurando que los productos estén dentro de sus fechas de vencimiento, reduciendo el desperdicio y los costos asociados.

El funcionamiento óptimo de los almacenes en hospitales no solo es cuestión de eficiencia logística, sino de seguridad y atención al paciente. Esta relación entre el auxiliar administrativo y los almacenes hospitalarios es una pieza clave para proporcionar un entorno de atención médica eficiente y efectiva, donde la salud y el bienestar de los pacientes son la prioridad máxima.

2 Objetivos

- Evaluar el papel del auxiliar administrativo en la gestión de almacenes hospitalarios.
- Analizar la eficiencia y su impacto en la atención al paciente.

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-almacenes -centros sanitarios

4 Resultados

Los resultados de la investigación revelaron una estrecha correlación entre el desempeño del auxiliar administrativo y la gestión de los almacenes en los centros hospitalarios. En primer lugar, se observó que la eficiencia en la recepción, registro y distribución de insumos médicos por parte de estos profesionales tenía un impacto directo en la disponibilidad de recursos en el momento adecuado. Esto se traduce en una atención más oportuna y eficaz para los pacientes, reduciendo el riesgo de retrasos y mejorando la calidad de la atención médica.

Además, se identificó que el control riguroso de inventarios por parte de los auxiliares administrativos contribuye significativamente a la reducción de costos operativos en los hospitales. La gestión eficiente de stocks evita la obsolescencia

de productos y la pérdida de recursos, lo que tiene un impacto positivo en la sostenibilidad financiera de las instituciones de salud.

También se constató que la labor de estos profesionales es crucial en la garantía de la seguridad del paciente. La supervisión adecuada de fechas de vencimiento y condiciones de almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos previene el uso de productos no aptos, minimizando el riesgo de complicaciones o efectos adversos en los tratamientos.

En última instancia, los resultados indican que la colaboración efectiva entre el auxiliar administrativo y los demás profesionales de la salud es esencial para lograr una atención integral y eficiente. La comunicación fluida y la coordinación en la gestión de almacenes se traducen en una experiencia positiva para pacientes y personal médico.

En resumen, los hallazgos de esta investigación subrayan la importancia del auxiliar administrativo en la gestión de almacenes hospitalarios, resaltando su influencia positiva en la atención al paciente, la reducción de costos y la seguridad de los tratamientos médicos. Estos resultados enfatizan la necesidad de reconocer y valorar la labor de estos profesionales en el contexto de la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la gestión eficiente de almacenes en centros hospitalarios, facilitada por el desempeño del auxiliar administrativo, tiene un impacto significativo en múltiples aspectos. La disponibilidad oportuna de insumos médicos mejora la atención al paciente al reducir retrasos y asegurar tratamientos adecuados. La administración efectiva de inventarios no solo reduce costos, sino que también garantiza la sostenibilidad financiera de los hospitales. Además, la seguridad del paciente se ve reforzada al prevenir el uso de productos vencidos o inadecuados, minimizando riesgos. La colaboración interdisciplinaria y la comunicación entre el personal de salud son esenciales para una gestión exitosa de los almacenes. En última instancia, el auxiliar administrativo es una figura clave en la optimización de los recursos, lo que se traduce en una atención médica más eficaz y segura, destacando su relevancia en el funcionamiento integral de los centros hospitalarios.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/objetivos-principales-auxiliar-administrativo-almacen-hospital/>.

Capítulo 475

EL CELADOR Y SUS ACTUACIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

JUAN GIJÓN MERCHAN

JOSEFA ANDRÉS PARRA

CARLOS MARTINEZ CORCOLES

ISABEL MARIA GABALDON MARTÍNEZ

AITOR LISA ALMANSA

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio altamente especializado y equipado para pacientes con enfermedades o dolencias graves que no pueden ser tratadas en una sala hospitalaria porque estos pacientes necesitan atención especializada debido a sus circunstancias y consideraciones especiales.

Los celadores que prestan este servicio deben estar adecuadamente capacitados en cuanto a su movilidad, agilidad y efectividad debido a la gravedad y particularidades de estos pacientes encamados.

Cooperan con otros empleados, visten uniformes y comprenden perfectamente sus responsabilidades. El celador de la UCI apoyará al personal de la unidad y actuará como enlace con otros departamentos del hospital.

El tratamiento de pacientes con patologías graves se brinda durante un día en esta área polivalente de acceso restringido.

Un enfermero de cuidados intensivos es una parte vital de la capacidad de un hospital para ofrecer a los pacientes una atención de alta calidad.

En la unidad de cuidados intensivos (UCI), los profesionales médicos con experiencia en el tratamiento de estas afecciones atienden a una amplia gama de pacientes en estado crítico, incluidos cardiólogos, pacientes politraumatizados y pacientes con postoperatorios difíciles.

Por lo tanto, el celador, al igual que el resto del personal, debe estar completamente familiarizado con las distintas posiciones sanitarias, incluidas las posiciones supina, prona y lateral.

2 Objetivos

- Describir las funciones realizadas por el celador de la unidad de cuidados intensivos que no sea miembro del personal médico de ese hospital específico.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una búsqueda e investigación continua y repetida en revisiones bibliográficas de artículos y libros publicados, así como de páginas web que sirvieron de base al tema en discusión. También se usó el buscador google.

4 Resultados

Será necesario realizar un adecuado seguimiento de los pacientes trasladados, comprobando frecuentemente sus signos vitales. El cuidador debe brindar tranquilidad a los pacientes y sus familiares, actuar con rigor, eficacia y convicción, y debe reconocer que brindar atención integral a quienes padecen problemas médicos graves es un servicio muy difícil. Tu asistencia será fundamental para las tareas de movilización y traslado además de colaborar estrechamente con el resto del personal.

Con la ayuda de otros miembros del personal, por ejemplo, se deben establecer objetivos precisos para las pruebas y altas del turno de mañana. Usted es el encargado de armar las cajas con elementos desechables en caso de aislamiento y, de ser necesario, transportar las muestras. Serán los encargados de controlar el

ingreso, la exigencia de uso de bata y calzas durante el horario de visita, el anuncio de su finalización y el seguimiento de su correcto funcionamiento. También se recogerán cubos llenos para su sustitución.

Durante el turno de tarde se realizarán las mismas funciones; por la noche, ayudarán a los auxiliares de enfermería a trasladar pacientes, vaciar bolsas y otras tareas.

Debido a la naturaleza de los pacientes, que frecuentemente están inconscientes y postrados en cama, los enfermeros de esta unidad trabajarán para minimizar cualquier ruido innecesario y habrán recibido un extenso entrenamiento de movilización.

Por lo tanto, el celador, al igual que el resto del personal, debe estar completamente familiarizado con las distintas posiciones sanitarias, incluidas las posiciones supina, prona y lateral.

Los celadores de esta unidad usarán batas asépticas y continuarán usando su uniforme cada vez que entren o salgan debido a las condiciones de los pacientes. En esta unidad, la atención al paciente debe verse de manera integral, por lo que es esencial una coordinación adecuada de todo el equipo y la infraestructura de apoyo. La capacidad de comunicarse con los pacientes, tranquilizarlos y ofrecerles apoyo puede ser una de las tareas más gratificantes que puede realizar una enfermera, aunque salvar vidas no sea una de sus principales responsabilidades.

5 Discusión-Conclusión

Por ser una de las áreas más especializadas, debemos pasar por una formación para desempeñar eficazmente nuestras funciones y orientarnos adecuadamente. Es fundamental poseer conocimientos adecuados y verificados para funcionar bien en equipo y ayudar a disminuir el trauma de la estancia del paciente. La experiencia de trabajar en esta unidad de pacientes solitarios también debe comentarse con sus compañeros de trabajo. La decisión de separarte temporalmente de tu grupo familiar y observar cómo son cuidados por personas que no conoces te obliga a pensar en tus necesidades emocionales, sensitivas y de confort. Debido a esta atención constante, la ansiedad de no saber qué pasará y el descanso limitado del paciente, debemos tener en cuenta la desorientación del paciente a la hora de realizar nuestras funciones en la unidad.

6 Bibliografía

1. Ana Owen. Monitorización en Cuidados Intensivos. McGraw- Hill Interamericana de España. 1993.
2. www.scielo.org

Capítulo 476

EL PERSONAL DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y SU PAPEL EN LA LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y PRODUCTOS QUÍMICOS UTILIZADOS EN LAVANDERÍA

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

JOSEFA ANDRÉS PARRA

ANDREA CASERO ALBA

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

1 Introducción

Hospitales, residencias, laboratorios o centros de salud deben desinfectar y limpiar la ropa mucho más rápido debido a la crisis del Covid-19.

Las lavanderías industriales hospitalarias se encargan de realizar una profunda desinfección mediante altas temperaturas y los químicos necesarios.

Se desinfectarán frecuentemente los equipos de lavado, planchado, secado y almacenamiento de cosas para la limpieza de espacios, vehículos, etc., se utiliza alcohol (al menos 30 por ciento, pero se prefiere 95 por ciento), soluciones comerciales de lejía y otros productos aprobados.

Para elegir los mejores productos en cada situación hay que tener en cuenta la naturaleza de los materiales. Durante los descansos entre turnos de trabajo se realizará la limpieza de las instalaciones. Se empleará el equipo de barrera adecuado, así como.

Al manipular ropa sucia, se recomienda el uso de guantes y ropa de trabajo. No será necesario el uso de ningún EPI más allá de lo que requiere la actividad laboral; si se requieren EPI adicionales, se seguirán las instrucciones en cualquier caso. Los guantes deben cumplir con carácter general la norma UNE EN 374 contra microorganismos. Se deben utilizar guantes que hayan sido verificados de forma independiente para ofrecer protección contra microorganismos dañinos para tareas donde exista un alto riesgo de exposición al Covid-19.

Se utiliza agua caliente para lavar y esterilizar la ropa, y siempre que sea posible se prefiere el peróxido de hidrógeno a la lejía. La reducción de la carga bacteriana se facilita en gran medida mediante el secado y el planchado.

2 Objetivos

Comprender y analizar cómo limpiar y desinfectar adecuadamente la ropa hospitalaria y la actuación del servicio de lavandería de los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

La limpieza de manchas e impurezas de la ropa se realiza mediante lavado. Los detergentes son sustancias que, además de blanqueadores, secuestrantes o álcalis, contienen tensioactivos que provocan la emulsificación de las grasas; su composición es imposible de precisar. Tienen todos los tensioactivos algo de poder de limpieza.

- Estos productos se utilizan para limpiar cuando se combinan con agua.
- Las características del detergente incluyen.

- Humectante: este químico tiene la capacidad de reducir la tensión superficial del agua, lo que facilita que los tejidos se humedezcan.
- Dispersión: el detergente suelta las partículas más pequeñas que forman las manchas o suciedad en los tejidos.
- Suspensión: las partículas dispersadas deben permanecer en suspensión y no acumularse ni volver a adherirse a los tejidos. Se pueden utilizar varios ingredientes activos para realizar el proceso de lavado, y la composición y proporción de estos ingredientes dependen completamente del fabricante. Cada fabricante tiene sus propias fórmulas, que perfeccionan y mejoran constantemente. Puede que sea necesario blanquear o añadir más suavizante además del lavado. Toda lavandería hospitalaria debe contar con una variedad de ciclos de lavado que sean adecuados para los distintos tipos de suciedad, tejidos u otras características de la ropa sucia.

Área o división para planchar:

De toda la lavandería, esta área es la más compleja y la más dotada de personal. En la era moderna, todas y cada una de las prendas deben manipularse de forma manual y única. Dependiendo de la prenda, esto puede implicar una serie de procesos que requieren la interacción manual directa del operador.

Todas las prendas de todo tipo deben ser lavadas por las lavanderas del servicio de lavandería, ya sea a mano o con máquinas. También se encargarían del mantenimiento de la propiedad para los servicios de planchado.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de la lavandería es limpiar la ropa sucia y contaminada para que sea más cómoda de usar para los pacientes y no propague infecciones.

Para implementar un programa de lavado básico que tenga en cuenta las particularidades de la ropa a lavar, la lavandería del hospital debe solicitar los productos necesarios.

Los programas los presentará el fabricante y la lavandería los evaluará.

Dependiendo del tipo de ropa a tratar, instale las máquinas de planchar. No todas las prendas se pueden planchar en la misma tabla de planchar. Los calendarios son el equipo más popular porque son excelentes para planchar para ropa sencilla y ropa de cama.

6 Bibliografía

1. https://prevencion.activamutua.es/wp-content/uploads/2018/06/bugaderia_cast.pdf.
2. www.revistamedica.com.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 477

EL PERSONAL DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA Y LA FUNCIÓN CUANTITATIVA DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA HOSPITALARIA Y EL SISTEMA DE DOTACIÓN Y REPOSICIÓN DE LA ROPA HOSPITALARIA

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

JOSEFA ANDRÉS PARRA

ANDREA CASERO ALBA

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

1 Introducción

Los servicios de lavandería hospitalaria también cumplen una función cuantitativa, que implica mantener la cantidad de ropa necesaria para cubrir cada necesidad, además de sus funciones fundamentales y primarias de limpieza y desinfección de la ropa, que es una función cualitativa en el centro hospitalario.

Debes conocer los requisitos de cuidado únicos de cada tipo de tejido si deseas mantener tu ropa, accesorios y otros textiles en buenas condiciones. Demostraremos los métodos comunes de planchado y secado necesarios para mantener las condiciones ideales para las principales categorías de telas. Siempre debes seguir las instrucciones de lavado, planchado y almacenamiento que figuran en la etiqueta de la prenda de cada tejido.

Cuando se utilicen suavizantes, que se deben agregar durante el último ciclo de lavado porque se hace en la lavadora, disminuye la cantidad de planchado que se realiza. Como resultado, es menos probable que la ropa se arrugue.

Cuando la ropa de hospital sale de la lavandería, debe cumplir con normas muy estrictas y exigentes: debe estar limpia, libre de patógenos y manchas, lo más parecida posible al color original, libre de materiales agresivos e irritantes y libres de sustancias nocivas para la piel, el exterior del cuerpo que este sin heridas y con extrema comodidad.

2 Objetivos

Conocer y describir las diferentes funciones del servicio de lavandería hospitalaria y tener información de cómo se debe realizar dicha función cuantitativa.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando la ropa de hospital sale de la lavandería, debe cumplir con normas muy estrictas y exigentes: debe estar limpia, libre de patógenos y manchas, lo más parecida posible al color original, libre de materiales agresivos e irritantes y libres de sustancias nocivas para la piel, el exterior del cuerpo que este sin heridas y con extrema comodidad.

Toda la ropa será manipulada como agente infeccioso y deberá estar en las mejores condiciones posibles para su uso al final del proceso.

Tan pronto como se entrega una prenda de hospital, comienza un proceso de uso.

- El lavado, ya que el lavado en sí utiliza agentes desinfectantes y desgasta los equipos.
- Robo.
- El uso médico propuesto, en su caso.
- Aplicaciones inusuales (desgarros, cortes).
- Casos en los que los pacientes hayan resultado heridos o manchados como consecuencia de suministros o medicamentos del hospital.

Todos estos factores resultarán en el reemplazo o la compra de ropa nueva.

A la hora de reponer la ropa se tendrá en cuenta la calidad del tejido, el número de lavados ficticios que ha recibido cada prenda y las desapariciones o pérdidas no planificadas (roturas, ropa que viaja con los pacientes en las ambulancias durante los traslados), y equipaje que contenga prendas de vestir para salida.

Cada uno de estos apartados requiere de una administración especializada porque este reemplazo también genera costos.

Compra, reposición, póliza, distribución, moderación de consumo, mantenimiento y costura de reposición, contención de hurto, etc.

El suministro de ropa consiste en la cantidad de ropa blanca necesaria para cubrir las necesidades hospitalarias durante un día entero. Cada prenda deberá estar disponible en cinco unidades.

- Uno que esté en funcionamiento.
- Repulsivo.
- Uno de ellos está siendo lavado correctamente
- Uno limpio para la posterior sustitución.
- Uno que nos ofrezca un fondo de contingencia para hacer frente a posibles reveses.

Cada prenda supuestamente rotará cada cuatro o cuatro días y medio según esta cláusula.

5 Discusión-Conclusión

Todo ello apunta a que una lavandería hospitalaria debe tener en cuenta, además del lavado y desinfección de la ropa, otros muchos factores para poder cubrir las exigencias que le impone el complejo hospitalario y sus servicios de suministro de ropa.

Dado que se debe determinar cuánta ropa se requiere para cubrir todas las necesidades de los centros hospitalarios, es importante tener cuidado con el desgaste a

la hora de llevar a cabo el proceso de lavado en el servicio de lavandería y mantener la ropa en las mejores condiciones posibles para su uso y con el mayor nivel de seguridad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 478

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y SU FUNCIONES EN LA ORGANIZACIÓN DE LAS AGENDAS DE LISTA QUIRÚRGICA DE LOS CENTROS SANITARIOS

ANA BELEN PEREZ ATIENZAR

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ

MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES

MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ

1 Introducción

La gestión de las listas de espera quirúrgicas está a cargo de una serie de servicios que ofrecen los hospitales

El grupo de pacientes que están esperando para una cirugía en un momento determinado se conoce como lista de espera quirúrgica. Estos consisten en:

- Siempre será necesario un quirófano para todos los pacientes en espera de una cirugía que no sea de urgencia, independientemente del tipo de anestesia y de si el paciente necesita ser hospitalizado.

Un especialista quirúrgico los pondrá en lista de espera quirúrgica una vez finalizados los estudios diagnósticos. Para gestionar eficazmente los recursos humanos y materiales, varios departamentos del centro hospitalario deben colaborar y comunicarse entre sí. Este servicio es esencial para la estructura general del hospital.

En estas situaciones se hace necesario gestionar el resto de servicios facilitando y optimizando el trabajo de los administrativos en lista de espera quirúrgica. Asimismo, facilitará a los servicios centrales toda la información necesaria para que puedan evaluar la gestión y formular sugerencias pertinentes para la mejora de la calidad.

A continuación, detallaremos y explicaremos las funciones del administrativo del servicio de lista de espera quirúrgica, las calificaciones que debe tener el rol y los atributos que debe tener para desempeñar sus funciones con éxito y eficiencia.

2 Objetivos

- Explicar la lista de espera para cirugía.
- Explicar las funciones que realiza el administrativo en el servicio de lista de espera para cirugía.

3 Metodología

Este trabajo ha sido elaborado a través de una investigación que incluye una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica actual. Con este objetivo, se ha ejecutado una exploración metódica de varios libros y artículos académicos relacionados con el tema.

4 Resultados

La gestión de las listas de espera quirúrgicas está a cargo de una serie de servicios que ofrecen los hospitales, entre los que se incluyen los siguientes:

- Servicios de documentación clínica y admisiones.
- Servicios relacionados con la cirugía.
- Departamento de Anestesia y Reanimación.

Un Médico de Admisión supervisará a un grupo de administrativos responsables de las siguientes tareas para supervisar el Servicio de Lista de Espera Quirúrgica.

- Todos los pacientes en lista de espera para cirugía del hospital tendrán sus registros actualizados. Será su deber administrativo agregar pacientes a la lista de espera para la cirugía y garantizar que se cumplan los requisitos de registro de pacientes.
- Para todas las cuestiones administrativas propias de sus circunstancias, este servicio actuará como referencia para todos los pacientes en lista de espera quirúrgica.
- Es el encargado de vigilar a los pacientes en lista de espera quirúrgica así como de asegurarse de que los datos estén actualizados y almacenados correctamente los datos administrativos del registro e información clínica suministrada por los médicos.
- Supervisar el flujo de pacientes en lista de espera para cirugía.
- Encargado del manejo preanestésico.
- Evaluaciones, manejo de estudios preoperatorios, distribución de horarios quirúrgicos, notificación a pacientes, reserva de camas y otras tareas de apoyo operativo.
- Enviar pacientes a centros de salud públicos o privados asequibles.
- Recopilar datos sobre las listas de espera quirúrgica para que los utilicen las mesas de cama, los servicios quirúrgicos, la administración del centro y otras partes interesadas para ayudar en la planificación, la gestión y la toma de decisiones.
 - Inscripción en lista de espera quirúrgica y su posterior codificación.
 - Supervisión preoperatoria.
 - La Cita de Consulta Preanestésica.
 - Derivaciones asignadas por Servicios Centrales a centros coordinados.
 - El Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica (RULEQ) proporciona información.
 - La gestión de cancelaciones de listas de espera quirúrgicas.
 - Manejo de aplazamientos en listas de espera quirúrgicas.
 - Programar visitas ambulatorias para especialidades quirúrgicas específicas.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, podemos extraer las siguientes conclusiones: el servicio de lista de espera quirúrgica es fundamental en la gestión hospitalaria, y su correcto funcionamiento determina si los tiempos de espera para determinadas intervenciones quirúrgicas aumentan o disminuyen. Para gestionar este servicio de forma eficaz y eficiente, es necesaria la coordinación de todos los servicios relacionados.

Es imperativo que el administrativo en este escenario gestione todos los requisitos administrativos de forma precisa y rápida, y tenga un conocimiento profundo de cómo funcionaban los servicios anteriores. En resumen, todas las instancias involucradas en el servicio LEQ deben estar en comunicación continua entre sí y con los demás servicios.

6 Bibliografía

1. <https://www.scielo.org/article/gs/2002.v16n5/440-443/>
2. www.revistamedica.com

Capítulo 479

EL ADMINISTRATIVO Y SU FUNCION EN LA GESTIÓN DE ALMACENES SANITARIOS, CÁLCULO DE STOCKS Y CONTROL DE CONSUMOS

ANA BELEN PEREZ ATIENZAR

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ

MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES

MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ

1 Introducción

Para el funcionamiento de cualquier centro de atención médica se requiere una variedad de bienes y suministros, incluidos alimentos, ropa de cama y suministros médicos y de oficina. El almacén necesita adaptarse para satisfacer las necesidades de cada división.

El almacén del centro de salud está bajo el control del personal administrativo, así como del personal encargado de recursos materiales, compras y operaciones de almacén, así como del jefe de compras y suministros. Para ello deben mantener la calidad de los productos, conocer su fecha de caducidad y conocer el stock de mercancías en almacén. La valoración de las acciones, o el valor económico que representan estos artículos, es un tema de estudio interesante.

Dado que el stock es la colección de materiales que se mantienen almacenados, tiene un impacto significativo. Los términos "normal" y "extraordinario" se refieren a diferentes categorías de existencias, incluidas las existencias mínimas, las existencias de seguridad, las existencias máximas y las "agotadas". Se deben considerar los diversos costos asociados con la gestión de stock (pedidos, adquisición, desabastecimiento y costos de almacenamiento). La tasa de rotación, que mide la frecuencia con la que se repone el stock de un artículo durante un período de tiempo determinado, es el indicador que gestiona el stock.

El administrativo debe ser eficaz y, sobre todo, ofrecer una atención de alta calidad al paciente porque gestionar un almacén es una tarea compleja.

2 Objetivos

Describir el proceso utilizado para el control de stock de los almacenes y la función del administrativo en esta tarea.

3 Metodología

Una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica existente fue uno de los proyectos de investigación realizados para preparar este trabajo. Se seleccionaron artículos científicos con contenido relevante para el tema de estudio, se realizó una búsqueda exhaustiva de libros y se consultaron artículos de las bases de datos primarias: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Para realizar una gestión eficaz, el administrativo debe conocer algunos fundamentos, como los registros de proveedores, productos, almacenes e inventario, entre otros, donde todas las formas de gestión deben estar representadas. Se requiere un registro de entrada y salida para cada trámite. Por supuesto, cuando se trata de almacenamiento de artículos, es necesario realizar un inventario exhaustivo de todo lo que se haya deteriorado, caducado u obsoleto para poder descartarlo.

El administrativo encargado del control de stock soporta una pesada carga porque tiene que seguir los protocolos precisamente para garantizar que el centro tenga suficiente inventario y que no se cometan errores.

El personal de administrativo del almacén sanitario realiza las siguientes funciones:

- Realizar una solicitud de reposición.
- Recibir y registrar los materiales que han sido suministrados.
- Rechazar contenido que no cumpla con las especificaciones especificadas en el pedido.
- Reunir, salvaguardar y mantener las cosas que le han sido encomendadas.
- Abstenerse de dejar que el material almacenado se deteriore o se pierda.
- Distribuir los suministros a los departamentos o servicios que realicen las solicitudes oportunas.
- Implementar una rotación suficiente de stocks.
- Mantener un seguimiento y gestionar el flujo de mercancías a través del almacén, realizar evaluaciones de rutina y proyectar los niveles ideales y mínimos de inventario.
- Monitorear e identificar casos de consumo inusual de artículos entre los distintos servicios.
- Crear y recopilar la documentación que necesita el almacén.
- Enlace con otras divisiones (ventas y garantías).

Utilice sistemas de seguimiento de inventario y software de gestión de almacenes (WMS) para la gestión de tecnología que automatice los procesos y preserve los datos correctos. Para mejorar la eficiencia, familiarícese con la identificación por radiofrecuencia (RFID) y los sistemas de códigos de barras.

- Automatizar la entrada de datos introduciendo información en la computadora.
- Ingresar datos a la computadora para automatizar salidas.
- Reclamar mercancías mientras se entregan.

Introducción de datos del inventario.

- Completar todo tipo de trámites.
- Producir etiquetas para estantes.
- Envíe al gerente del almacén una notificación de devoluciones.
- Imprimir etiquetas de devolución de materiales.
- Preparación de muestras para comisiones técnicas.
- Creación, impresión y firma de albaranes de salida. - Uso para la gestión de albaranes proveedores (sucesos).

Se pueden imprimir una variedad de listas.

Con respecto a Metodología que llevan a cabo los administradores con control de stock, se realizan otra serie de funciones:

- Se debe imprimir el documento de inventario unitario y apagar el sistema para evitar cualquier movimiento.

- El recuento se completa y se registra en el acta confeccionada.
- Para evaluar las discrepancias se examinan las cantidades reales y se comparan con las que, según el sistema informático, aparecen en el documento de inventario. Cualquier discrepancia que surja debe ser examinada nuevamente utilizando un recuento diferente por parte de una persona diferente un par alternativo.
- Las variaciones se registrarán en el sistema informático contable.
- Resumir las diferencias descubiertas. Cuanto mejor, menor será la diferencia.
- Tiene en cuenta la gestión del almacén.
- En el almacén estas son las diferencias de conteo que se encuentran con mayor frecuencia.
- No documentar la salida de un material en ese momento.
- Suministrar material a un almacén diferente sin registrarlo como salida.
- La eliminación de materiales no registrados y caducados.
- No registrar con exactitud el importe en papel. Saque una caja de 50 unidades, por ejemplo, y escriba 1 cuando la cantidad que hay que anotar es el contenido de 50 unidades.

Es necesario calcular correctamente el stock del almacén sanitario, lo que requiere las siguientes acciones:

- Enumerar los suministros que se requieren.
- Definir los niveles de stock más bajos y más altos aceptables.
- Hacer un inventario preliminar.
- Llevar un seguimiento y registrar las entradas y salidas.

Determine cuándo se deben realizar los pedidos de reabastecimiento calculando el punto de reorden.

Procurar reemplazos.

- Rote su inventario utilizando suministros más antiguos antes de comprar otros nuevos. Para evitar que se echen a perder o caduquen.
- Evaluación y modificación periódica.
- Caducidad y garantía de calidad.
- Educación del personal.

Hay varias formas de calcular la valoración de las acciones. Las normas contables reconocen tres métodos para valorar la producción y las existencias finales de un almacén.

- Método FIFO, que prioriza el uso de acciones más antiguas.
- Método LIFO, que utiliza las existencias más recientes para consumirlas primero.
- Técnica PMP (promedio ponderado del precio de depósito de cada unidad calculado).

Los almacenes cuentan ahora con nuevos sistemas de gestión digital gracias al desarrollo de las nuevas tecnologías. A modo de ejemplo, consideremos el Área Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM-CLM), que maximiza el suministro y utilización de materiales. Gracias a su mejor organización del stock, este sistema, que utiliza la metodología 5S-Kanban, mejora la calidad, la seguridad y ahorra dinero.

Entre los sistemas digitales que se encuentran en un almacén sanitario se encuentran los siguientes:

1. Sistemas de gestión de almacenes (WMS).
2. Identificación por radiofrecuencia o RFID.
3. tecnologías de códigos de barras y etiquetado.
4. Gestión del Inventario de Software.
5. Sistemas de tramitación de pedidos.
6. Sistemas automatizados de almacenamiento.
7. Sistemas de Internet de la Tecnología (IoT).
8. sistemas para analizando datos.
9. Conectividad con sistemas de información médica (HIS).
10. La monitorización y el control de acceso son las dos facetas de la seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Para que los recursos del centro sanitario se desarrollen y mantengan bajo control, la gestión administrativa en almacenes y stocks sanitarios es crucial. Un seguimiento adecuado de las existencias garantizará una atención médica de alta calidad y un control de los costes de suministro.

Respecto a los nuevos sistemas de almacenamiento digital, ha sido factible minimizar los productos que se conservan más tiempo del necesario, optimizar los pedidos y utilizar los materiales cuando sea más conveniente. Debido a esto, es fundamental evaluar los requisitos únicos y las necesidades del almacén antes de elegir e implementar cualquier sistema digital. Es crucial que los responsables de los sistemas tecnológicos reciban formación digital.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. Gestión sanitaria para los profesionales de la salud. Editorial, McGraw-Hill. 2007.

Capítulo 480

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y SU PAPEL EN LA TRAMITACIÓN PARA SOLICITAR LA TARJETA SANITARIA A LOS PACIENTES

ANA BELEN PEREZ ATIENZAR

MARÍA INMACULADA VILLORA MOYA

MARIA DEL PILAR DE LA CONCEPCION SAEZ

MARÍA NATIVIDAD PICAZO MENESES

MARIA DEL CARMEN PIQUERAS SAEZ

1 Introducción

La tarjeta sanitaria es el registro oficial que sirve como identificación del usuario y como prueba de su elegibilidad para acceder a los servicios médicos del sistema. Cada usuario, independientemente de su edad, dispone de una tarjeta sanitaria especial que le identifica como parte del sistema sanitario autonómico al que está abonado y le permite acceder a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. La responsabilidad de la creación de la tarjeta sanitaria recae en las unidades administrativas del Centro de Salud, al que cada usuario es afiliado, siendo el administrativo el encargado de tramitar dicha gestión. En 1990, España en su conjunto tuvo por primera vez acceso a la tarjeta sanitaria. La identificación que detalla las demandas del paciente y su situación actual se

entrega a la persona que consulta sobre la obtención de una tarjeta sanitaria. El acceso de un ciudadano al sistema sanitario público está controlado por su tarjeta sanitaria.

Los documentos necesarios para solicitar la tarjeta sanitaria incluyen el DNI del titular, el libro de familia, el DNI de los beneficiarios mayores de 14 años, la certificación del derecho a la cobertura sanitaria pública y el certificado de registro que acredite la residencia.

Para ayudar y educar a los pacientes, los administrativos de los centros de salud deben poseer un conocimiento profundo de los procedimientos relacionados con la tarjeta sanitaria.

2 Objetivos

- Exponer los componentes de la tarjeta sanitaria, las condiciones que se deben cumplir para obtenerla, los pasos a seguir para solicitarla.
- Dar a conocer el papel que desempeña el auxiliar administrativo en su tramitación y trámites.

3 Metodología

Para completar este capítulo se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica en la literatura existente de artículos y revistas, así como en bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline, así como en Internet utilizando motores de búsqueda como Google.

4 Resultados

Aunque los administrativos de cada Centro de Salud se encargan de todas las funciones relacionadas con las tarjetas, las Comunidades Autónomas son responsables de la gestión de las tarjetas sanitarias.

El derecho de cada individuo a la salud se reconoce mediante la tarjeta, que es un documento especial y personalizado. La tarjeta da derecho a su titular a la asistencia sanitaria pública gratuita en toda España. De acuerdo con la situación laboral de los beneficiarios, también incluye el aporte farmacéutico que corresponde al titular de la tarjeta y a dichos beneficiarios. Para recibir cualquier tipo de atención médica, cada asegurado o beneficiario deberá presentar este documento especial e intransferible. Se recomienda conservarlo siempre junto a su

documento nacional de identidad (DNI).

Estos datos estarán en la tarjeta sanitaria:

- En el reverso deberá figurar la dirección del centro de atención primaria. Atención Primaria es el nombre del centro. o El médico y la enfermera que le atenderán. o Información de contacto para citas y emergencias. o Código de identificación de profesionales sanitarios.
- El frente debe contener la siguiente información: o Código de identificación del tipo de tarjeta (CITE) o Nombre de usuario y apellidos o Números de DNI, pasaporte o NIE o Código de identificación personal de la comunidad autónoma (CIP) o Número de pedido de la tarjeta sanitaria expedida o Número de afiliación a la Seguridad Social o Tipo de aportación farmacéutica.

El administrativo del centro de salud procesa la tarjeta, la cual luego es entregada en el domicilio del ciudadano. Se deben presentar los siguientes documentos para poder procesar.

- DNI o NIE del titular.
- DNI para todos los beneficiarios mayores de 14 años.
- El libro de familia, si algún beneficiario es menor de 14 años.
- Certificado de registro.
- Acta de nacimiento, en su caso, y documento de afiliación a la seguridad social.
- Un lugar donde está registrado un menor. Al incluir al hijo beneficiario del padre o de la madre, el INSS lo ofrece.

5 Discusión-Conclusión

Cada asegurado o beneficiario de un asegurado dispone de una tarjeta sanitaria única, que es la cédula de identificación necesaria para acceder a los servicios de salud, recibir atención médica o realizar cualquier trámite administrativo.

Para algunas personas llevar su tarjeta sanitaria junto con su receta electrónica es más rápido y práctico.

El administrativo debe recopilar todos los datos y materiales de respaldo, asegurarse de que no falte nada y tramitar correctamente la tarjeta sanitaria y el derecho a la asistencia, porque es la puerta de entrada de los usuarios.

Los administrativos de los centros de salud deben poseer un conocimiento profundo de los procedimientos relacionados con la tarjeta sanitaria.

6 Bibliografía

1. <https://administrativosanitario.blogspot.com>.

2. www.revistamedica.com/tarjeta-sanitaria.

Capítulo 481

MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES POR EL CELADOR EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO

CYNTHIA MARIA ZAMORA JALDO

JOSE ANTONIO NÚÑEZ ALCANTUD

SANDRA GARCÍA MONTILLA

CARLOS MARTÍNEZ AGUSTÍN

1 Introducción

El equipo de salud está formado por un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan juntos de forma continua para llevar a cabo una serie de tareas universales dentro de una institución determinada.

El celador es un miembro del equipo de salud multidisciplinario, que se considera personal no sanitario y subordinado y que constituye un pilar crucial del sistema de salud.

Según el área del hospital en la que trabajen, los celadores pueden realizar una amplia gama de tareas. El traslado de pacientes es una parte importante de las responsabilidades generales del celador, las cuales están descritas en el artículo 14.2 del Estatuto del Personal No Médico al Servicio de los Establecimientos de

Salud y la Ley de la Seguridad Social, ambas promulgadas por el Ministerio de Trabajo el pasado mes de julio. 5, 1971.

El celador posee los conocimientos necesarios para trabajar eficazmente en el campo al que pertenece. En otras palabras, si desempeña la función de movilización de pacientes, es fundamental que comprenda la posición de la base de la cama de un paciente, así como también cómo debe movilizar a diferentes pacientes, ya que muchos tienen capacidades reducidas y no pueden moverse por sí mismos.

Hacer que los pacientes que están acostados o sentados estén lo más cómodos posible mientras se movilizan es una de las tareas más importantes de los equipos. En lugar de "transferencias", este tipo de acción podría describirse como "movilización en el sitio", donde hay un desplazamiento de una superficie a otra, de un plano a otro y de una posición a otra.

2 Objetivos

- Explorar la evidencia disponible sobre la movilización de pacientes con trauma por parte de los celadores mediante la aplicación de una revisión bibliográfica.

3 Metodología

La metodología del presente estudio está basada en la revisión bibliográfica siguiendo el paradigma documental. Para ello se recopilieron y analizaron publicaciones científicas relacionadas con el tema de las funciones del celador en la movilización de pacientes dentro de los servicios de traumatología; también fueron revisados artículos de divulgación médica nacional e internacional, reportes y manuales hechos por servicios de salud relacionados con el tema de interés.

4 Resultados

En un entorno hospitalario, los celadores, las enfermeras y los auxiliares de enfermería trasladan a los pacientes. Por ello, deben conocer a fondo las técnicas de movilización y traslado de pacientes, con y sin uso de herramientas, así como las posiciones más habituales de los pacientes.

Para facilitar los procesos de exploración física, tratamiento de lesiones y/o prevención, se describen las posiciones que se utilizan con mayor frecuencia.

- En la posición supina, la persona está boca arriba y tiene los brazos y piernas extendidos cerca del cuerpo. Recomendado en casos de examen médico y en la publicación de pacientes sometidos a cirugía.
- Posición prono, con la cabeza del paciente girada hacia un lado, las extremidades inferiores extendidas y boca abajo. Por lo general, los brazos se extienden paralelos al cuerpo.
- En decúbito lateral, el paciente está de lado. En términos generales, las extremidades inferiores se flexionan un poco administrar enemas, exploraciones, medidas higiénicas, masajes, etc.
- Posición de Fowler, con la espalda sobre la cama y la horizontal en un ángulo de 45°. Las rodillas están un poco dobladas. Además de para comer, leer y otras actividades, se recomienda para problemas cardíacos y respiratorios.

Los recursos materiales como almohadas que están disponibles para el personal médico se pueden utilizar para movilizar a los pacientes.

Además, tienen extras como muletas, andadores y sillas de ruedas.

Cabe señalar que el papel del celador es ayudar al paciente a cambiar de posición, levantarse o acostarse en la cama, así como caminar y moverse en un entorno diferente para preservar y garantizar la integridad de la piel. Además de garantizar la comodidad del paciente fomentando y promoviendo su independencia, la alineación adecuada del paciente ayuda a prevenir lesiones tanto al paciente como a las personas que ayudan a movilizarlo.

5 Discusión-Conclusión

La movilización de pacientes debe cumplir con algunos principios fundamentales para evitar dañar al personal médico. Al movilizar pacientes, también se aplican las pautas generales para el manejo manual de cargas.

Una serie de componentes fundamentales, incluida la alineación del cuerpo, la movilidad articular, el equilibrio y la coordinación motora, intervienen en la movilización del paciente, ya sea de la cama a la silla de ruedas o simplemente cambiando su postura.

Al respecto, los autores antes mencionados establecen que los celadores serían los trabajadores de la salud que tendrían una mayor participación en el manejo de las cargas y en cualquier posible exceso de trabajo, ya que suelen estar asignados a tareas que requieren esfuerzo y manejo de carga.

6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2017000300225&script=sci_arttext&tlng=pt.
2. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6171568>.
3. Díaz, Y., & Pérez, M. (2011). Protocolo de cambios postulares y técnicas de movilización y traslado del paciente. 12.

Capítulo 482

LOS CELADORES Y SUS FUNCIONES CON LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS

ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO

CYNTHIA MARIA ZAMORA JALDO

JOSE ANTONIO NÚÑEZ ALCANTUD

SANDRA GARCÍA MONTILLA

CARLOS MARTÍNEZ AGUSTÍN

1 Introducción

Por el bien de la salud de los niños enfermos, las funciones del celador en la sala de pediatría y neonatología son cruciales. El deber principal de estos profesionales médicos es acompañar y ayudar en el cuidado de los niños hospitalizados, y con frecuencia son el primer punto de contacto de la paciente y su familia con el hospital. El celador brinda apoyo emocional a los pacientes jóvenes, así como a sus familias. También son responsables de llevarlos de un lugar a otro.

En un entorno que puede resultar intimidante para los pacientes más jóvenes y sus familias, la forma en que los celadores tratan a los niños enfermos es fundamental para preservar un clima de confianza y seguridad. El objetivo principal del celador es tratar al niño enfermo con compasión, respeto y cercanía para que se sienta seguro y protegido y ayudarlo a sobrellevar la situación. De esta manera, el trabajo del celador es crucial para el bienestar emocional y psicológico de los pacientes y para el buen funcionamiento de la sala pediátrica y neonatal en

su conjunto. En las líneas que siguen, entraremos en los deberes y responsabilidades del celador en la sala de pediatría y neonatos, así como la importancia de su trabajo para la recuperación de los niños enfermos.

2 Objetivos

Explicar las funciones y el papel principal que desempeña el profesional celador en el contexto del servicio de pediatría y neonatología de un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para cuidar adecuadamente y garantizar el bienestar de los niños enfermos, los deberes del celador en la sala de pediatría y neonatos implican una serie de acciones y funciones cruciales. Algunos de los más importantes se enumeran a continuación:

1. Transporte y acompañamiento de pacientes: Las principales responsabilidades del celador pediátrico incluyen el transporte y acompañamiento de pacientes. El director es responsable de garantizar que los pacientes se trasladen de un área del hospital a otra de manera segura y efectiva, ya sea para exámenes médicos o para un traslado a otro servicio. También debe estar presente para brindar apoyo junto con la familia del paciente.
 2. Celador con las tareas diarias: El celador debe ayudar a los pacientes con las tareas diarias como alimentación, limpieza y cambio de pañales. Es crucial que el celador complete estas tareas con delicadeza y cuidado teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada paciente.
 3. La responsabilidad del celador es mantener la limpieza y el orden de la sala de pediatría, la cual debe ser un espacio ordenado.
- El vecindario está limpio y bien organizado. Esto implica realizar tareas de limpieza, lavar y esterilizar suministros y equipos médicos y reponer suministros.

4. El celador debe brindar apoyo emocional constante a los pacientes y sus familias. Esto puede implicar brindar consuelo y apoyo durante los momentos difíciles, así como escuchar activamente, información sobre el proceso de tratamiento y consuelo e información.

Para la salud mental y física de los niños enfermos, la labor del celador en la sala de pediatría y neonatos es fundamental. Transportar pacientes y brindarles atención diaria son solo dos aspectos del trabajo del portero.

El apoyo emocional y psicológico es una parte importante. Durante su estancia en el hospital, los pacientes deben sentirse apoyados, seguros y tranquilos, y la labor del portero es fundamental para que estas condiciones se cumplan.

5 Discusión-Conclusión

A la luz de la investigación que hemos realizado, es importante tener en cuenta que el trabajo de celador es hermoso y delicado porque implica trabajar con niños. En el cuidado de los niños enfermos, los deberes del celador en la sala pediátrica y neonatal son esenciales e inevitables. Son necesarios para que el funcionamiento adecuado realice las tareas y acciones que realizan un hospital y para la salud psicológica y física de los pacientes. Se debe reconocer el valor del papel del celador, que es la de proporcionar atención pediátrica y brindarles el aliento y la apreciación que merecen.

6 Bibliografía

1. <https://www.index-f.com/comunitaria/v14n3/12614.php>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 483

LOS CELADORES EN EL SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS

ZACARÍAS GARCÍA MONTEAGUDO

CYNTHIA MARIA ZAMORA JALDO

JOSE ANTONIO NÚÑEZ ALCANTUD

SANDRA GARCÍA MONTILLA

CARLOS MARTÍNEZ AGUSTÍN

1 Introducción

En este capítulo, exploraremos el rol fundamental de los celadores dentro del servicio de consultas externas.

Los celadores en este entorno desempeñan un papel crucial en el funcionamiento eficiente y seguro de las actividades diarias.

En primer lugar, discutiremos las responsabilidades principales de los celadores en las consultas externas, tales como la recepción y orientación de los pacientes, el acompañamiento de los pacientes a las diferentes áreas y la garantía de un ambiente limpio y ordenado.

También abordaremos la importancia de la puntualidad y la organización en estas funciones.

Además, analizaremos como los celadores deben interactuar con el personal médico y de enfermería en las consultas externas.

Esto implica una comunicación efectiva y respetuosa así como la capacidad de trabajar en equipo para garantizar la calidad y eficiencia en la atención al paciente.

Asimismo, se abordarán temas importantes relacionados con la seguridad de los pacientes, como el manejo adecuado de equipos médicos, la prevención de caídas y la respuesta ante situaciones de emergencias.

Los celadores deben estar preparados para actuar de manera rápida y eficaz en caso de cualquier eventualidad.

Finalmente, se discutirán aspectos éticos y legales relevantes para los celadores en las consultas externas.

Esto incluirá la confidencialidad de la información del paciente, el respeto por la diversidad cultural y las normativas específicas que rigen esta área.

En resumen, este capítulo proporcionará una visión completa y detallada del papel clave que desempeñan los celadores en el servicio de consultas externas.

Su labor es esencial para garantizar un entorno seguro, eficiente y cálido para todos los pacientes que acuden a las consultas

2 Objetivos

Describir las diversas funciones que el celador debe de realizar en la zona de consultas externas.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de revisión bibliográfica hemos obtenido la información de las páginas webs: Scielo, Medline, Boe.

Además hemos conseguido contrastar la información con el centro hospitalario: Hospital Universitario de Guadalajara.

Las palabras mas utilizadas han sido: Celador, Funciones, Pacientes.

4 Resultados

Las labores del celador en consultas externas son una labor de auxilio a los distintos profesionales sanitarios como por ejemplo a los médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería principalmente.

En primer lugar se harán cargo del control, de abrir y cerrar las instalaciones sanitarias, esta función es una labor bastante generalizada, en casi todos los centros sanitarios.

Los celadores tienen más tareas y además más específicas dentro de las instalaciones sanitarias.

Vamos a mostrar cuál son esas funciones tan específicas que deben efectuar de forma diaria en los centros hospitalarios.

Se ocuparán de transportar la documentación de los pacientes, es decir, el historial clínico, además de transportar los instrumentos que el médico le pida para que este pueda dar comienzo a su consulta.

Deberán contribuir junto con los pacientes para ayudarlos a trasladarse a través de las consultas, si estos tiene algún impedimento para vestirse o desvestirse, para subirse o bajarse de la camilla de exploración...

Es deber también de los celadores el organizar las historias clínicas que el doctor vaya a necesitar, este les indicará en todo momento el orden que tiene que llevar las historias clínicas.

Antes de dar comienzo o incluso una vez de terminadas las consultas, los celadores tienen que inspeccionar los diferentes materiales y el distinto mobiliario que suele utilizar el médico y los enfermeros cuando pasan las consultas médicas.

Coordinar y gestionar la entrada y salida de pacientes, asegurando un flujo eficiente y ordenado.

Los celadores tienen que efectuar la recogida de los materiales que haya en el servicio de esterilización además de recoger el material ya esterilizado de varios días atrás.

Orientarán a los pacientes hacia las salas de espera que les corresponda de cada una de las consultas en caso de que se hayan perdido.

Cooperarán con los nombramientos de los pacientes, para que a estos no se les pase la hora de su consulta.

5 Discusión-Conclusión

Parece ser que gracias a las funciones que los celadores deben de realizar diariamente, la zona de las consultas externas forma parte de una de las zonas más organizadas, ya que siempre prestan ayuda y atención a los pacientes que acuden allí a diario.

Una vez expuestas las diferentes funciones que los celadores realizan en los servicios de consultas externas, podemos atrevernos a decir, que son una pieza funda-

mental en el correcto funcionamiento de estas consultas externas, ya que somos capaces de admitir que brindan mucho apoyo a los enfermos y acompañantes además de recalcar que la forma que tiene de trabajar tan organizada hacen que las labores de los profesionales sanitarios vayan de manera fluida, organizada y de manera veloz.

6 Bibliografía

Euroinnova Business School. Euroinnova realiza una donación de material informático a la Universidad de Granada. Euroinnova Business School. <https://www.euroinnova.edu.es/>

Ciudadanos. (s/f). Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. de <https://www.saludcastillayleon.es/>

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s/f). Boe.es. 2023, de <https://www.boe.es/>

Capítulo 484

EL TIPO DE AGRESIONES A LAS QUE ESTÁ SOMETIDO EL CELADOR

DOLORES MOROTE BONIFACIO

JESÚS MEDINA SÁNCHEZ

NATIVIDAD GÓMEZ VALERO

LUIS NAVARRO DE LA VEGA

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

1 Introducción

Dentro de un hospital el celador se puede encontrar con violencia laboral, este tipo de violencia sucede en un 25% dentro del ámbito sanitario, esto hace que un 50% de los celadores alguna vez durante su vida laboral hayan sido agredidos.

Donde más agresiones se suelen dar a los celadores es en atención primaria, suponiendo alrededor del 52% respecto al 23% que se suelen producir en hospitales. El género que más suele sufrir este tipo de agresiones son las mujeres.

La OIT (Organización Internacional en el Trabajo), aporta una idea más amplia que la violencia física, incluyendo agresiones de tipo físico, psicológico y económico.

El celador sufre un mayor número de agresiones tanto verbales, amenazas físicas, tanto de pacientes como de familiares, ya que son el primer contacto con los enfermos.

Esto supone un grave riesgo en la salud de los celadores y perjudicando la actividad del sistema sanitario.

Este tipo de agresiones se producen, por tanto, factores sociales como ambientales que puedan terminar convirtiéndose en agresiones tanto verbales, físicas o psicológicas, sobre todo este tipo de agresiones se dan cuando el trato recibido no corresponde, cuando el tiempo de espera se demora, por la falta de personal sanitario, falta de empatía hacia el resto de usuarios, etc.

2 Objetivos

- Determinar cuáles son los factores de riesgo que se dan en las agresiones a los celadores.

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

Todos los estudios que se han realizado han salido demostrados que la violencia es elevada y cada vez va en aumento, la mayoría de los casos se sabe por lo que se lleva a cabo (disconformidad con la atención recibida) y el personal es el más perjudicado en este caso los celadores.

También se sabe que los celadores intentan minimizarlos por distintas causas, ya sea por falta de información o por miedo de posibles represarías. Esto es un problema de todos, por lo que la solución es de todos.

Vamos a desarrollar de manera detallada cuáles son los factores de riesgo que dan lugar a las agresiones estas pueden ser:

1. Por parte del usuario-paciente:

- Por sus patologías: ya sea porque sufran una enfermedad grave, sintomatología confusa, una enfermedad mental que no haya sido diagnosticada.
- Por su personalidad o por su entorno: problemas a la hora de relacionarse, alteraciones psicológicas temporales, este tipo de alteraciones pueden verse afec-

tadas por segundas personas. Entorno familiar desestructurado. Experiencias de sanidad negativas, etc.

2. Por parte del personal facultativo:

- Que tenga tanto el carácter como el temperamento fuerte.
- Tanto que tenga problemas familiares como laborales.
- Poca actitud profesional.
- Problemas con experiencia en familiares.

3. Relacionadas con el centro de trabajo:

- Problemas socio democráticos.
- Atención mal dirigida al paciente-usuario.
- Una mala organización del trabajo, en el que falla continuamente, y unas esperas excesivamente largas.

Medidas para evitar en la medida lo posible las agresiones:

1. Medidas comunicativas:

- Mantener una buena comunicación del profesional al paciente.
- El tono de voz debe de ser moderado y educado.
- El lenguaje que se debe de usar debe de ser fácil de entender por el paciente.
- Dejarle hablar cuando el paciente lo necesite.
- En caso de que su tratamiento no sea el adecuado no usar promesas que luego no se vayan a cumplir.

2. Medidas estructurales:

- Disponer de medidas de seguridad como son las cámaras, timbres, etc.
- Establecer protocolos de seguridad con el cuerpo de seguridad del estado.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario evaluar los factores predisponentes de las mismas. Las áreas de trabajo más potenciales ante una agresión y las personas que son más vulnerables a subirlas para elaborar establecer protocolos de 'prevención y actuación para proteger al trabajador, así como una mayor formación exhaustiva del personal sobre el manejo de estas situaciones conflictivas durante el desarrollo de sus funciones. Y se ha de sensibilización a la población sobre dicha problemática.

Para que el sistema sanitario sea de calidad. El primordial que el profesional de salud pueda desempeñar su trabajo con la garantía necesaria. Procurando que los hospitales y los centros de salud sean seguros tanto para los trabajadores como para el propio paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionessanitarias/agresiones/docs/InformeAgresionesProfSNSalud2021.pdf>

Capítulo 485

LOS CELADORES ANTE SUS FUNCIONES EN LAS PLANTAS PALIATIVAS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

ISMAEL SÁNCHEZ DE LAS HERAS

BRICIO JIMÉNEZ ESCOBAR

SUSANA NAVARRO MORENO

ALBERTO MARTIN CASTILLEJOS

FRANCISCO JAVIER VÉLEZ SANTIAGO

1 Introducción

Vamos a enfocarnos en lo que principalmente, tal y como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Española de Cuidados Paliativos, la enfermedad terminal se define como una enfermedad que no tiene un tratamiento específico o cuya progresión puede retardarse y tiene una duración variable (normalmente 6 meses). Los pacientes van muriendo progresivamente y el personal sanitario los ayudan para que sufran lo menos posible. Provoca síntomas intensos, multifactoriales y progresivos que provocan gran malestar (físico y psicológico) a familiares y pacientes.

En la última situación, el objetivo de la medicina no es "curar" al paciente, sino "curar" la enfermedad a pesar de la progresión persistente e irreversible de la enfermedad. Se trata de brindar la mejor calidad de vida hasta que ocurra la muerte. Por lo tanto, nació un nuevo tratamiento médico integral llamado cuidados paliativos. El papel de los cuidadores de pacientes terminales y sus actitudes es importante. Debido a que forman parte de un grupo (junto con médicos, enfermeras, asistentes, psicólogos, etc.), brindan cuidados paliativos y comodidad a pacientes y seres queridos. En tales casos, es muy importante enfatizar las cualidades físicas, intelectuales, mentales y personales que deben poseer los cuidadores. También se requieren algunas habilidades en las relaciones interpersonales.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de los cuidados paliativos y la actuación del celador para procurar el confort del paciente, empatizando (poniéndose en el lugar del enfermo para ofrecer los mejores cuidados).

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo se realizó una encuesta que incluyó una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Varios programas de oposición, publicaciones profesionales, sitios web de salud y Google Scholar fueron útiles. Todo esto está relacionado con el capítulo en cuestión.

Por este motivo, y dado que los cuidados paliativos requieren un equipo multidisciplinar, también se entrevistó a numerosos profesionales en activo.

4 Resultados

El papel del cuidador en el tratamiento de este tipo de pacientes está enfocado a mejorar la calidad de vida del paciente, brindando cuidados que mejoren no solo los síntomas, sino también los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

El trabajo en equipo de todos los profesionales es fundamental para brindar una atención integral bien coordinada tanto en el hospital como en el hogar. Se brinda atención continua e individualizada, se mantiene la dignidad del paciente, se mantiene la higiene rutinaria y continua tanto del paciente como de la unidad (espacio de la habitación, mobiliario, equipo, equipo utilizado por el paciente).

Los cuidadores deben ser muy cuidadosos en todo lo que dicen por qué deben tener en cuenta al paciente y su familia. Debe desarrollarse la empatía (la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona y comprender lo que siente y piensa) y las necesidades psicológicas del paciente deben abordarse escuchando y hablando con el paciente.

Las condiciones terminales también provocan ansiedad y cambios de actitud entre familiares, amigos y seres queridos, por lo que se debe tener en cuenta el proceso de duelo por el que atraviesan. El psiquiatra suizo-estadounidense Kubler Roth (1926-2004) describió la aceptación de la muerte en cinco etapas.

- Negación: la incapacidad e imposibilidad de aceptar el hecho de que la enfermedad es adquirida.

Ira: etapas de frustración, ira, disgusto, resentimiento y hostilidad debido a la pérdida de poder. - Negociación: (Consentimiento) El paciente acepta paulatinamente la idea de la muerte, pero al mismo tiempo de alguna manera la retrasa o intenta retrasarla.

- Depresión: período de depresión, desánimo. Cojera antes de la enfermedad.

- Aceptación: Registrar la enfermedad y condiciones de vida del paciente. Todo el mundo se aflige de diferentes maneras. Los cuidadores siempre deben respetar las creencias y necesidades sociales y religiosas y tratar a todos de manera única y variada.

5 Discusión-Conclusión

La comodidad y el confort del paciente son el objetivo de celador en cuanto a cuidados paliativos se refiere.

Tanto los cuidados físicos como los emocionales. Mantenerlo en posturas cómodas, a buena temperatura y con buena higiene es tan importante como el hecho de que no se sienta solo en ningún momento, o que pueda tener con quien desahogarse.

Los familiares y allegados requerirán atención casi tanto como el enfermo, a veces incluso sin ellos saberlo. Pasarán por etapas de duelo, y por un cúmulo de emociones que no siempre sabrán gestionar. El celador debe ser extremadamente cuidadoso con sus palabras y gestos. Las funciones en este caso se centran más en la empatía, aunque el resto no dejan de ser importantes nunca.

6 Bibliografía

1. <http://www.san.gva.es>.

2. El celador en cuidados paliativos, formación continuada Logoss.
3. Google Académico.

Capítulo 486

EL CELADOR DE PLANTA Y LA TÉCNICA DE MOVILIZACIÓN DE LOS ENFERMOS EN EL ASEO

ISMAEL SÁNCHEZ DE LAS HERAS

BRICIO JIMÉNEZ ESCOBAR

SUSANA NAVARRO MORENO

ALBERTO MARTIN CASTILLEJOS

FRANCISCO JAVIER VÉLEZ SANTIAGO

1 Introducción

Cuando un paciente ingresa en un hospital en planta, es frecuente que debido a su sintomatología presente problemas con su movilidad, por lo que la movilización la vamos a realizar a cualquier paciente bien para que sea trasladado, como por cambio de postura, o que sea sometido a exploraciones, intervenciones, siempre teniendo en cuenta las indicaciones que sobre el paciente nos den los médicos y personal de enfermería, ya que el celador como figura forma parte de un equipo multidisciplinar que para el buen funcionamiento debe estar muy bien coordinado.

Dentro de las funciones del celador, se encuentra, colaborar con el paciente ayudándole en aquellos movimientos imprescindibles, y en aquellos pacientes

que se encuentran encamados realizarles movimientos periódicos para evitar que le salgan escaras o úlceras.

Principalmente se hace cargo cuando el paciente llega a la planta, dirigiéndolo y ayudándolo en todo lo que se refiere a habitación designada, ayuda al personal Auxiliar Sanitario en los desplazamientos y en sus movimientos posturales. Por lo que la función principal de la figura de celador es el cumplimiento de que las normas del centro se lleven a cabo, siempre buscando el bienestar y mayor confort del paciente, siempre en coordinación con el equipo multidisciplinar del centro.

2 Objetivos

Conocer e identificar las diferentes posiciones anatómicas más utilizadas por los celadores para los pacientes que están ingresados en los centros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tal como entendemos las movilizaciones podemos distinguir entre activas y pasivas, las movilizaciones activas son las que realiza el propio individuo que las puede realizar el paciente por sí mismo o bajo la supervisión de profesionales y las pasivas que son las que ayuda el celador en la realización de las mismas.

Las posiciones anatómicas que el celador en el desempeño de su trabajo más utiliza son:

- Decúbito supino: o como más frecuente se conoce “Boca Arriba”. Es la posición anatómica más indicada para aquellos pacientes que estén acostados más tiempo, postoperatorios.
- Decúbito prono o ventral: o como más frecuente se conoce “Boca Abajo”, con la cabeza ladeada. Esta posición anatómica está indicada en estancias en camas y postoperatorios que vengan indicadas, ya que no son recomendables a no ser para

evitar o corregir contracturas en flexión de caderas y rodillas o ante la presencia de úlceras por presión en nalgas, caderas y talones.

- Decúbito lateral: también conocida como posición de «Costado», indicada para cuando se realicen cambios posturales, post-operatorios o clapping torácico.
- Fowler: es conocida como la posición de semisentado.
- Sims: es una posición intermedia entre decúbito prono y decúbito lateral, la pierna inferior debe estar semiflexionada y la superior doblada por rodilla y cadera.
- Trendelenburg: consiste en que el paciente tumbado boca arriba tiene la cabeza más baja que los pies, favoreciendo el riego sanguíneo.
- Antitrendelenburg: en esta posición la cabeza está más alta que los pies, se utiliza en aquellos pacientes con problemas sobre todo respiratorios.
- Roser: esta posición está indicada en operaciones de otorrino, ojos. Y consiste en que el paciente tiene los hombros al límite de la cama y la cabeza colgando fuera de ella.

5 Discusión-Conclusión

La capacitación y la práctica continuas son esenciales para el trabajo de porteador y esto debe enfatizarse. Porque la mayoría de las veces, cuando los pacientes llegan al hospital por su enfermedad, tienen dificultad para moverse y necesitan ayuda profesional de sus cuidadores.

La capacitación brindada por los asistentes incluye técnicas de movimiento que se realizan constantemente de acuerdo con reglas que evitan riesgos para los pacientes. Todos los hospitales tienen procedimientos funcionales que el usuario debe realizar. La movilización del paciente adolece de la falta de preparación previa a la realización de estas técnicas, lo que resulta en una preparación y adaptación que requiere mucho tiempo.

6 Bibliografía

1. Gómez, J. F., & Suárez, L. F. R. Posiciones anatómicas. Técnico Auxiliar de Geriatria. Manual. Temario. E-book, 124.
2. Romero, P. D. A., LEON, S. G., ATIENZA, J. F. M., & JIMENEZ, C. S. (2013). Técnicas básicas de Enfermería. Ediciones Paraninfo, SA.
3. Saturno, P. J. (2009). Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. Revista de Calidad Asistencial, 24(3), 124-130.805

4. Jiménez, S. P., Antón, M. P., & Manzano, S. T. (2004). Posiciones quirúrgicas: cuidados de Enfermería y prevención de complicación.

Capítulo 487

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE CARDIACO DURANTE SU ESTANCIA EN PLANTA HOSPITALARIA

ISMAEL SÁNCHEZ DE LAS HERAS

BRICIO JIMÉNEZ ESCOBAR

SUSANA NAVARRO MORENO

ALBERTO MARTIN CASTILLEJOS

FRANCISCO JAVIER VÉLEZ SANTIAGO

1 Introducción

Se entiende como paciente con enfermedades cardíacas a aquel paciente cuya enfermedad está relacionada con el corazón, por lo que necesitará la actuación directa de los médicos especializados en cardiología, ya que son los encargados del diagnóstico, prevención, tratamiento y curación de las enfermedades del corazón. Cuando un paciente acude al servicio de urgencias de un centro sanitario con problemas de corazón y requiere de hospitalización, puede pasar por las siguientes unidades de dicha institución sanitaria:

- Unidad de hemodinámica, esta unidad está especializada en cardiología intervencionista, la cual se encarga de la anatomía funcional del corazón. Se trata de una intervención poco invasiva que son llevadas a cabo en salas especializadas y creadas exclusivamente para esta disciplina.

- Unidad de cuidados intensivos cardíacos, también conocida como UCI Coronaria. Esta unidad está especializada en la atención de pacientes con problemas de corazón que presentan un estado de salud crítico y requiere de atenciones especializadas por parte de un equipo especializado en cuidados intensivos coronarios.
- Unidad de cuidados intermedios cardíacos. Algunos centros sanitarios disponen de esta unidad, la cual se encuentra en la misma planta de cardiología de los centros hospitalarios.
- Planta de hospitalización de cardiología. En esta planta se encuentran los pacientes con problemas de corazón que requieren de hospitalización para ser diagnosticados y tratados por especialistas médicos.

2 Objetivos

- Conocer el papel del celador ante el paciente cardíaco desde su ingreso en el servicio de urgencias hasta que es dado de alta.
- Enumerar las funciones ejecutadas por los celadores con el paciente cardíaco.
- Nombrar las unidades especializadas que se puede encontrar en un centro sanitario de atención especializada.

3 Metodología

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

4 Resultados

Procedimiento de actuación del celador con el paciente cardíaco en una institución sanitaria.

Cuando un paciente con problemas de corazón acude al servicio de urgencias para ser atendido, el primer profesional con el que se encuentra el paciente será con un celador, el cual le acompañará al servicio de admisión de urgencias para posteriormente dirigirlo a la unidad de clasificación o triaje de urgencias.

Una vez estriado y clasificado por la unidad de triaje, el celador lo trasladará al destino donde le ordene el enfermero encargado de su clasificación, pudiendo ser:

- Sala de espera de urgencias cuando el paciente no presenta gravedad.
- Boxes para ser tumbado en una camilla cuando el paciente presenta un estado de gravedad considerable que requiere de la actuación médica.
- Sala de reanimación (REA) cuando el paciente presenta un estado crítico de salud que necesita de la actuación inmediata del equipo médico y de enfermería para su estabilización.

Desde el servicio de urgencias el paciente cardíaco puede ser dirigido a:

- Su domicilio, recibiendo el alta médica.
- Planta de cardiología, recibiendo el ingreso en la planta de hospitalización de cardiología desde dónde le realizarán más pruebas y le proporcionarán un seguimiento médico del tratamiento establecido.
- Unidad de cuidados intensivos, recibiendo atenciones individualizadas de un equipo profesional formado por un enfermero, un técnico en cuidados auxiliares de enfermería y un celador, durante las 24 horas del día
- Sala de hemodinámica, para la realización de un catéter de urgencia.

Del traslado del paciente se encarga el celador, siendo acompañado por un equipo médico y de enfermería si el paciente presenta un estado crítico o no se encuentra estabilizado.

Durante la estancia del paciente en el centro sanitario, e independientemente de la unidad en la que se encuentre, el celador se encontrará presente en cada una de las actuaciones que le sean realizadas, ya que será el encargado de trasladar al paciente para la realización de pruebas o intervenciones y será el profesional que realice las movilizaciones del paciente durante exploraciones, curas, aseos...

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma la importancia de la actuación del celador ante el paciente cardíaco.

Como se ha mencionado anteriormente, la presencia del celador ante el paciente cardíaco se puede encontrar durante toda la estancia del paciente, desde que es ingresado por el servicio de urgencias, hasta que recibe el alta médica y lo acompaña a la puerta de salida, por lo que el celador deberá poseer unos conocimientos básicos sobre el traslado y la movilización de pacientes con estas características físicas, actuando siempre bajo la supervisión del médico o enfermero encargado del paciente.

6 Bibliografía

- Aguilar,M.C, Garrido, J.M, Haro, M.C. El celador en la unidad de cuidados críticos. España. Formación continuada logoss. 2013.
- Castilla-La Mancha, SESCOAM. Celador. España. MAD. Edición 2023
- Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2021.
- Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad.

Capítulo 488

FUNCIONES DEL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS

MARIA SATUE GABALDON

MARIA JOSEFA HERREROS CALERO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ

ROSA MONTERO NÚÑEZ

1 Introducción

El celador es una figura que trabaja al servicio de las instituciones sanitarias reconocido como personal no sanitario, pero que forma parte del equipo multidisciplinar que compone el centro hospitalario. Esta figura del celador tiene muchas funciones que ayudan a mantener el orden y la flexibilidad del servicio.

La unidad de consultas externas es un área donde acude el paciente para pedir asistencia médica, con cita, y esperando resolver su patología. El celador en este servicio es fundamental para el acompañamiento de pacientes y familiares a los servicios requeridos por sus citas médicas, laboratorio, banco de sangre, pruebas de diagnóstico, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM), broncoscopia, colonoscopia, etc.

El celador, una vez llega con el paciente a la sala donde se procederá a la prueba de diagnóstico requerido, ayudará al individuo a posicionarse adecuadamente

para que la prueba de diagnóstico se lleve a cabo y con éxito.

Este trabajador es una persona con disponibilidad durante todo su turno de trabajo en cualquier sala de esta área donde sean requeridas sus funciones y por ello va dotado de un teléfono buscapersonas, para estar conectado con todas las extensiones del conjunto de consultas externas y acudir con inmediatez a desarrollar sus funciones a la consulta donde le necesiten.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es dar a conocer las funciones, labor y procedimiento del celador en consultas externas durante su turno 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, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema del estudio.

4 Resultados

Las funciones y ocupaciones del celador en consultas externas son comunes a las de otro servicio y están bien definidas.

El paciente al entrar en consultas externas, una de las primeras figuras que ve, es la del celador, controlando la sala de espera del hospital, manteniendo el orden y evitando aglomeraciones, informando a los pacientes de la ubicación de la sala que buscan para su cita, acompañándolos si fuera necesario.

El celador prepara las visitas adelantándose para aportar toda la documentación del paciente en la consulta, historias clínicas de los individuos que tienen consulta ese día, carpetas de rayos, preoperatorios, volantes, analíticas, etc., además de recoger peticiones, reparto de medicación y desempaque de almacén de farmacia.

El celador también se encarga de trasladar a los pacientes dentro del ámbito hospitalario en silla de ruedas, cama o camilla, tanto si vienen de la calle como si los

tiene que recoger de planta para asistir donde tengan la cita ese día .

El celador trasladará a los pacientes que se queden ingresados desde consultas externas hasta la planta de ingreso, dejando al paciente en la habitación destinada.

A última hora de la mañana recogerá las historias clínicas ya vistas por los facultativos y las devolverá al archivo.

El celador también tiene la función de recoger las analíticas, estas muestras biológicas de sangre, heces, cultivos de tejidos, etc., y las trasladará al laboratorio del hospital para que puedan ser analizadas y posteriormente ser diagnosticados los pacientes y saber de sus patologías.

El celador tiene la función de recopilar el material que se debe esterilizar y llevarlo a la sala de esterilización para que reciba este tratamiento, recogéndolo cuando ya haya recibido el procedimiento.

Este trabajador también participará en el apoyo al técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), enfermera o facultativo, ayudando a posicionar al paciente o movilizándolo para llevar a cabo pruebas de diagnóstico, aseo, etc.

5 Discusión-Conclusión

El celador es una pieza de conexión con todo el personal sanitario, terapeutas, técnicos auxiliares de enfermería, enfermeras, facultativos, etc., como con personal no sanitario, personal de mantenimiento, personal de limpieza, de cocina, personal administrativo, de lavandería, etc.

Este celador y su figura dentro del ámbito hospitalario es realmente importante, ya que consigue realizar las acciones necesarias que están dentro de sus funciones para llevar a cabo una labor de apoyo de asistencia y organización tanto al personal clínico como a los pacientes que acuden a este ámbito a buscar ayuda de profesionales médicos y cuidados de enfermería.

El celador en todo momento tratará a estos individuos con respeto y empatía, haciéndoles lo más fácil posible su estancia en el hospital.

6 Bibliografía

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

Capítulo 489

LA FIGURA DEL CELADOR Y LOS DISTINTOS TIPOS DE URGENCIAS

NATIVIDAD GÓMEZ VALERO

JESÚS MEDINA SÁNCHEZ

DOLORES MOROTE BONIFACIO

LUIS NAVARRO DE LA VEGA

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

1 Introducción

El hospital cuenta con un área que recibe el nombre de urgencias, en dicha unidad como bien indica su nombre acuden los pacientes que tienen que ser valorados por un médico de urgencias, esta área es de los más importantes de todos los que compone el hospital, ya que presta atención las 24 horas del día durante los 365 días del año.

La puerta de urgencias es un punto clave de entrada, los pacientes acuden o bien por su propio pie o bien si necesitan ayuda el celador sale con una silla de ruedas al coche para que puedan ser atendidos por el médico facultativo, también pueden llegar a urgencias los pacientes o bien por ambulancia o pacientes que llegan muy graves por Uvi móvil o helicóptero.

Dependiendo de la enfermedad que tenga cada paciente puede entrar un acompañante o no, siendo a excepción los menores que estos siempre ir acompañados

por un familiar, pacientes que vayan a psiquiatría, mujeres que vayan a ginecología, y los pacientes mayores que siempre irán acompañados de un familiar. El celador de urgencias, debe de saber actuar ante cualquier tipo de urgencias ya que le pueda ocurrir dentro de urgencias o bien de alguna persona que venga, ya sea de un accidente de tráfico o con un infarto.

2 Objetivos

Indicar los tipos de urgencias con los que se puede encontrar un celador día tras día en la puerta de urgencias, durante su jornada laboral.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro de urgencias, no todos los pacientes vienen por las mismas patologías, por lo tanto, una vez que dan los datos y le hacen el triaje estos son derivados a una consulta u a otra dependiendo de la patología que presenten.

Hay 3 tipos de urgencias:

- Urgencia subjetiva: dicha urgencia cuando la patología que presenta el paciente, no pone la vida del paciente en peligro.
- Urgencias objetiva: dicha urgencia es cuando la patología que presenta el paciente compromete su salud o su vida.
- Urgencia vital: ante un paciente con una urgencia vital es de gran importancia, ya que este tipo de urgencias si no se trata a tiempo puede llegar a costarle la vida al paciente, porque sus órganos vitales están fallando.

Vamos a explicar cuales son las urgencias sanitarias por especialidades y cuales son los tipos de urgencias por aparatos o sistema del cuerpo humano.

Tipos de urgencias sanitarias por especialidades:

- Urgencias de traumatología: a dichas consultas acuden los pacientes que presentan algún tipo de traumatismos, ya sea de rodilla, tobillo, etc.
 - Urgencias quirúrgicas: a dichas consultas acuden los pacientes que presentan algún tipo de heridas, ya sea de cortes con cristal, etc.
 - Urgencias médicas: a dichas consultas acuden los pacientes que presentan unas patologías, que ponen en riesgo la vida, como por ejemplo enemas de pulmón, infarto de miocardio, etc.
- Tipos de urgencias sanitarias por aparatos:
- Cardiovasculares: hipertensión, palpitaciones, etc.
 - Infecciosas: varicela, posibles tuberculosis, etc.
 - Digestivas: diarreas, vómitos, etc.
 - Neurológicas: hemorragia subaracnoidea, etc.
 - Respiratorias: disnea, resfriado, etc.
 - Urológicas y Nefrológicas: piedras en el riñón, salida de nefrectomía, etc.
 - Hematológicas: anemia, diátesis hemorrágicas, etc.
 - Endocrinológicas: cetoacidosis diabética, etc.
 - Psiquiátricas: ansiedad, etc.
 - Reumatológicas: artritis, etc.
 - Traumatológicas: fracturas en el tobillo, fracturas en la muñeca, etc.
 - Otorrinolaringológicas: tapones en los oídos, etc.
 - Oftalmológicas: presencia de cuerpo extraño en los ojos, etc.
 - Oncológicas: fiebre en pacientes oncológicos, etc.
 - Ginecológicas: sangrados de embarazo, abortos, etc.

5 Discusión-Conclusión

La figura del celador de puerta es de gran importancia, ya que tienen que saber actuar ante cualquier urgencia que les entre por la puerta, ya que pueden ser accidentes de tráfico, infarto de miocardio. Ya que este tipo de pacientes hay que actuar de manera rápida porque pone en peligro la vida del paciente.

El buen conocimiento de los protocolos a seguir esto hace que el paciente se encuentre más tranquilo ante la enfermedad que está sufriendo.

Esto hace que el celador crezca en la actuación ante una emergencia, ya que no solamente le sirve dentro de la jornada laboral, sino que le sirve para actuar en caso de una urgencia en su día a día.

6 Bibliografía

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

Capítulo 490

LA FIGURA DEL CELADOR EN AUTOPSIAS

JESÚS MEDINA SÁNCHEZ

DOLORES MOROTE BONIFACIO

LUIS NAVARRO DE LA VEGA

NATIVIDAD GÓMEZ VALERO

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

1 Introducción

La sala de autopsias es el lugar donde se realiza, como bien indica su nombre, una autopsia, esto es un estudio tanto interno como externo de una persona que ha fallecido, tomando muestras tanto de órganos como riñón, pulmones, hígado, cerebro, riñón, etc., o fluidos corporales, con esto se lleva a cabo para obtener información privada anatómica de la causa de la muerte de dicho paciente, así conociendo las complicaciones de la enfermedad que sufrió durante su vida hasta que esta le produjo la muerte.

La sala de autopsias debe de tener las siguientes medidas higiénicas-sanitarias:

- La sala de autopsias deberá de estar aislada, permitiendo dicho acceso solamente acceso a personal autorizado para dicha entrada.
- Los suelos deben ser impermeables y de fácil limpieza.
- Los techos deben ser lisos, material adecuado y de fácil limpieza.
- La iluminación es un dato muy importante, debe de oscilar entre 350 a 500 lux.

-Sistema de depuración de residuos.

-Sistemas de climatización que sean de rápida absorción para la eliminación de malos olores.

Las autopsias pueden afectar de manera psicológica, ya que no solamente se le realiza a una persona mayor si no que también se le puede realizar aun bebe como aun niño. Otro dato muy importante que hay que tener en cuenta es la fecha del fallecimiento de la persona, a mayor fecha de fallecimiento, el estado del cadáver se encontrará en peor estado tanto a nivel de visión como a nivel de olor, llegando a ser una autopsia muy desagradable.

2 Objetivos

Desarrollar de manera detallada cuáles son las diferentes funciones que realiza un celador ante la práctica de una autopsia.

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 explicar de manera detallada cuáles son las diferentes funciones que debe de realizar un celador en la sala de autopsias, ante la práctica de una autopsia a un paciente, para determinar la causa de su muerte.

-La figura del celador es la persona encargada de llevar al cadáver desde la cámara frigorífica que se encuentra ubicada en el mortuario hasta la sala de autopsias que dicha sala se encuentra dentro del mortuario, para iniciar la autopsia.

-Preparación de cadáver para iniciar la autopsia, como el médico forense lo desee, estando pendiente en todo momento por si se tiene que realizar en cualquier momento cualquier técnica de movilización.

-Se colocará al cadáver en la mesa de autopsias en decúbito supino (boca arriba).

-Durante la ejecución de la autopsia se debe de conservar un ambiente de respeto impidiendo entrar durante el proceso en dichos morbosos y/o ociosos.

- Se debe de tener el mismo respeto con el paciente fallecido que vivo.
 - Se deberá de colaborar con el médico forense durante el proceso de la autopsia, en aquellas prácticas en las cuales, no se haga uso del instrumental, sobre el paciente fallecido, así como la ejecución de cualquier tipo de movilización.
 - Introducir en cubos herméticos restos humanos para su traslado e incineración por la empresa autorizada para ello.
 - Recomponer y asear al cadáver una vez que ha sido terminada la autopsia.
 - Se realizará también cualquier otra función que le fuera encomendada por el personal médico en relación con la práctica de autopsias.
- Vamos a nombrar la ropa que deberá de tener todo el personal a la hora de realizar la autopsia:
- *Gorro que cubra totalmente el pelo.
 - *Gafas protectoras con visor.
 - *Mascarilla quirúrgica.
 - *Bata quirúrgica.
 - *Zuecos de goma.
 - *Protectores de plástico para los brazos.
 - *Delantal impermeable largo para evitar mojarte la ropa.
 - *Guantes de látex.

5 Discusión-Conclusión

La figura del celador a la hora de realizar una autopsia, ya que es el encargado de efectuar cualquier técnica de movilización para que el médico forense pueda realizar de manera correcta la autopsia.

El poder contar en la actualidad con las autopsias hace que un buen estudio realizado por el médico hace que se sepa a la perfección cuál ha sido la causa del fallecimiento de la persona, además esta profesión hace que pueda formar un buen informe para los familiares del fallecido para conocer de manera exacta el motivo de su fallecimiento.

La figura del celador deberá de estar muy mentalizado de las funciones que va a realizar ya que son prácticas muy desagradables, que afectan tanto a los sentidos como de manera psicológica.

6 Bibliografía

1. <https://es.wikipedia.org/wiki/Autopsia>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.
5. http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-2_17.html

Capítulo 491

EL CELADOR EN DIÁLISIS

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ VALERA

MARIA SATUE GABALDON

ALEJANDRA RESTA SÁNCHEZ

ROSA MONTERO NÚÑEZ

1 Introducción

La diálisis es un procedimiento médico utilizado para eliminar toxinas y desechos dañinos de la sangre cuando los riñones no pueden realizar esta función de manera adecuada.

Los riñones son órganos esenciales para la filtración de la sangre y la eliminación de productos de desecho del cuerpo. Cuando los riñones fallan o funcionan de manera deficiente debido a enfermedades renales crónicas u otras afecciones, la diálisis se convierte en una opción crucial para mantener la salud del paciente.

Dado que la diálisis es un procedimiento médico complejo, se requiere un equipo de profesionales de la salud altamente capacitados para brindar atención segura y efectiva a los pacientes. Los trabajadores en un servicio de diálisis pueden incluir: Nefrologo, enfermería, dietistas, celadores, técnicos de grado media en cuidados auxiliares de enfermería, administrativos, psicólogos e ingenieros biomédicos.

El celador desempeña un papel importante en las unidades de diálisis, donde se tratan pacientes con insuficiencia renal crónica y se llevan a cabo procedimientos de diálisis.

Sus funciones son esenciales para garantizar la atención adecuada, la seguridad del paciente y el funcionamiento eficiente de la unidad. Existen dos tipos princi-

pales de diálisis: Diálisis hemodiálisis y Diálisis peritoneal. La elección del tipo de diálisis depende de la situación clínica del paciente, su estilo de vida y preferencias, así como de la recomendación de los profesionales de la salud.

2 Objetivos

Explicar cuáles son las funciones a realizar por el celador en el servicio de diálisis.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del celador en una unidad de diálisis incluyen:

- Preparación de equipos: Asegurarse de que las máquinas de diálisis y otros equipos estén listos y en funcionamiento antes de que los pacientes lleguen para sus tratamientos. Esto incluye la verificación de que las máquinas estén calibradas y listas para su uso.
- Preparación de salas de tratamiento: Preparar las salas donde se realizan las sesiones de diálisis, asegurándose de que estén limpias y que todos los suministros necesarios estén disponibles y en su lugar.
- Asistencia a los pacientes: Ayudar a los pacientes a ingresar y salir de las camillas de diálisis, acomodarlos cómodamente, proporcionar mantas o almohadas según sea necesario y asistir en la conexión de las líneas de diálisis.
- Observación de los pacientes: Supervisar a los pacientes durante las sesiones de diálisis para detectar cualquier signo de malestar, reacciones adversas o problemas técnicos con las máquinas. Comunicar cualquier preocupación al personal de enfermería o médico.
- Manejo de emergencias: Estar preparado para responder a situaciones de emergencia, como caídas o complicaciones durante el tratamiento de diálisis, y seguir

los procedimientos de seguridad y resucitación cardiopulmonar (RCP) si es necesario.

- Limpieza y desinfección: Después de cada sesión de diálisis, limpiar y desinfectar las áreas de tratamiento y las máquinas, asegurando un entorno higiénico para los pacientes.

- Manejo de residuos biológicos: Eliminar los residuos biomédicos de manera segura y de acuerdo con las regulaciones de manejo de desechos médicos.

- Asistencia a personal médico y de enfermería: Colaborar con el personal médico y de enfermería en tareas específicas, como la toma de muestras de sangre, la administración de medicamentos, y la preparación de los pacientes para la diálisis.

- Transporte de pacientes: Ayudar en el transporte de pacientes desde y hacia la unidad de diálisis, si es necesario.

- Comunicación y apoyo a los pacientes: Brindar apoyo emocional a los pacientes, responder a sus preguntas y preocupaciones, y comunicar cualquier problema o necesidad a los profesionales de la salud.

- Registro y documentación: Llevar un registro preciso de la asistencia brindada a los pacientes, así como de cualquier incidente o situación inusual que ocurra durante las sesiones de diálisis.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el celador desempeña un papel esencial en una unidad de diálisis al garantizar que los pacientes reciban atención de calidad y que las operaciones se desarrollen de manera segura y eficiente. Sus responsabilidades abarcan desde la preparación de equipos y salas hasta la asistencia directa a los pacientes y la colaboración con el personal médico y de enfermería.

Es importante señalar que la diálisis es un tratamiento de soporte y no una cura para la enfermedad renal; por lo tanto, los pacientes a menudo requieren diálisis de forma continua o un trasplante de riñón para una mejor calidad de vida a largo plazo, por ello se requiere que todo el personal sea empático con los pacientes, ya que estos tratamientos duran hasta que se realiza el trasplante de riñón.

6 Bibliografía

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

Capítulo 492

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARISA HIGUERUELA MARTINEZ

LARA PUÑAL RODRIGUEZ

MARÍA ISABEL PALOMO DURÁN

VANESA RODRÍGUEZ ELENA

MARTA SANTANA GIL

1 Introducción

La gestión eficiente de los recursos humanos en los centros hospitalarios es esencial para garantizar la atención de calidad en el ámbito de la salud. Los auxiliares administrativos desempeñan un papel fundamental en este proceso, ya que actúan como el engranaje que mantiene en movimiento la maquinaria hospitalaria. Su labor va más allá de la simple administración de documentos y trámites burocráticos; son pilares esenciales que contribuyen al funcionamiento óptimo de la institución y al bienestar de los pacientes.

En esta introducción, exploraremos la relevancia del servicio de recursos humanos en los centros hospitalarios y su relación vital con el rol del auxiliar administrativo. Estos profesionales son responsables de la selección, contratación,

capacitación y desarrollo del personal médico y no médico, contribuyendo a la formación de equipos multidisciplinarios competentes.

Además, abordaremos los desafíos y las oportunidades que enfrentan los auxiliares administrativos en un entorno hospitalario en constante evolución. La pandemia de COVID-19, por ejemplo, ha generado una demanda sin precedentes en los hospitales y ha resaltado la importancia de una administración eficiente de recursos humanos.

Este análisis proporcionará una visión profunda de la intersección entre los servicios de recursos humanos y el trabajo de los auxiliares administrativos en el contexto hospitalario, destacando su contribución esencial para garantizar la atención médica de calidad y la satisfacción de los pacientes.

2 Objetivos

-Explicar las distintas funciones llevadas a cabo por el auxiliar administrativo en los centros de atención primaria en relación a la atención de los pacientes

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. 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 una gestión efectiva del auxiliar administrativo en atención primaria son cruciales para la calidad de la atención al paciente y la eficiencia del sistema de salud. Al centrarse en la optimización de procesos y la coordinación de recursos, se logran varios beneficios significativos.

En primer lugar, se mejora la experiencia del paciente. Los tiempos de espera se reducen, las citas se programan de manera más eficiente y los registros médicos se mantienen actualizados y precisos. Esto se traduce en una atención más oportuna y personalizada, lo que, a su vez, genera una mayor satisfacción por parte de los pacientes. La confianza en el sistema de atención primaria se fortalece cuando los pacientes sienten que su tiempo y salud son valorados.

Además, una gestión administrativa efectiva contribuye a una atención más segura. La disponibilidad de historiales médicos precisos y actualizados garantiza que los profesionales de la salud tomen decisiones informadas y eviten posibles errores médicos. Los auxiliares administrativos también desempeñan un papel fundamental en la coordinación de servicios, lo que facilita la derivación de pacientes a especialistas y la obtención de pruebas y tratamientos adicionales de manera oportuna.

Desde una perspectiva más amplia, la gestión eficaz del auxiliar administrativo en atención primaria promueve la eficiencia de todo el sistema de salud. Se reducen los costos operativos innecesarios y se asignan los recursos de manera más inteligente, lo que puede llevar a una atención primaria más asequible y sostenible.

En resumen, los resultados de una gestión administrativa competente en atención primaria incluyen una experiencia del paciente mejorada, una atención más segura y una mayor eficiencia del sistema de salud en su conjunto. Estos logros son fundamentales para el bienestar de los pacientes y la calidad de la atención médica en la atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del auxiliar administrativo en atención primaria tiene un impacto profundo y multisectorial en la calidad de la atención médica y la eficiencia del sistema de salud. Una gestión efectiva de estos profesionales se traduce en una experiencia del paciente más satisfactoria, con tiempos de espera reducidos y una atención más personalizada y segura. Además, la coordinación eficiente de recursos y registros médicos contribuye a evitar errores y redundancias, lo que garantiza una atención más precisa y efectiva.

En términos más amplios, la gestión administrativa competente en atención primaria también tiene un efecto positivo en la eficiencia general del sistema de salud, al reducir costos innecesarios y mejorar la asignación de recursos. Esto contribuye a la sostenibilidad financiera y a una atención primaria más asequible.

En última instancia, el auxiliar administrativo en atención primaria desempeña un papel esencial en el bienestar del paciente y en la optimización del sistema de salud en su conjunto. Su labor minuciosa y compromiso con la eficiencia impactan positivamente en la calidad y accesibilidad de la atención médica, benefi-

ciendo a la comunidad en su conjunto.

6 Bibliografía

1. <https://congresosicepa.com/celador-consultas-externas/>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 493

TELEFONISTA EN SANIDAD: SISTEMAS DE MEGAFONÍA Y SUS COMPONENTES

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

1 Introducción

Un equipo de megafonía es un sistema que se encarga de reproducir mensajes de voz, música o sonidos a través de unos altavoces. Los altavoces suelen estar ubicados de forma estratégica para que las personas que reciban el mensaje lo escuchen de forma clara y concisa.

Estos sistemas suelen emplearse en lugares públicos como estaciones de autobuses, aeropuertos, colegios, restaurantes, centros deportivos, comercios, centros sanitarios ... con diferentes finalidades.

Entre algunos de los principales objetivos que puede tener un equipo de megafonía encontramos: obtener la atención de los oyentes en zonas ruidosas o con grandes aglomeraciones de gente, informar del orden de atención en un local, alertar sobre mensajes de evacuación en situaciones de emergencia, informar de un servicio, comunicarse con el público en un comercio u ofrecer publicidad entre otras.

Para dar un mensaje por megafonía no hay que acercarse mucho al micrófono, ya que se producirían interferencias en el sonido por el roce. Resulta también imprescindible ser conciso con el mensaje a dar, empleando la menor cantidad de palabras posibles, hablando despacio para que se entienda de forma clara. Una vez finalizado el mensaje hay que cerrar el micrófono para detener la emisión y evitar la filtración de otros sonidos o mensajes.

2 Objetivos

Conocer qué son los equipos de megafonía y cuáles son sus principales componentes.

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, los equipos de megafonía están conectados a un disco duro o algún tipo de sistema de almacenamiento informático donde se guarda la información que debe ser emitida a través del equipo de megafonía.

Los equipos de megafonía constan básicamente de las siguientes partes:

- Una centralita: permite controlar la emisión de sonido, modificar el volumen o los parámetros de sonido de los altavoces o micrófonos, así como parar o iniciar la emisión del mismo.
- Altavoces: es el aparato que convierte los impulsos eléctricos en sonido. Es una caja que tiene un electroimán en su interior que genera la vibración de una membrana, resonando en la caja y generando ondas de sonido. Después esas ondas se propagan a través del aire y nuestros oídos captan e interpretan las mismas. Se conecta a la centralita mediante bluetooth o red inalámbrica. Existen dos grandes grupos de altavoces, los activos y los pasivos, los activos montan un amplificador en su interior y no precisan de otro elemento más para funcionar, mientras que

los pasivos requieren de un amplificador externo. Hoy en día encontramos altavoces en diferentes formatos: altavoces bluetooth, altavoces de columna o suelo, altavoces en barra, altavoces de estantería o monitor, altavoces de canal central, subwoofer, altavoces de pared o de exterior...

- Amplificador de sonido: se encarga de adaptar la señal eléctrica que proviene de las fuentes, mezclándolas para emitir una sola señal de salida. Está formado por un preamplificador que se encarga de mezclar los sonidos y una etapa de potencia que realiza la amplificación del sonido.

- Micrófono: el micrófono es un aparato que transforma las ondas sonoras en energía eléctrica. Cuando una persona habla ante un micrófono, este recibe las ondas sonoras en su membrana y las envía a un convertidor para transformarla a una señal eléctrica. Existen diferentes tipos de micrófonos: micrófonos inalámbricos, micrófonos de solapa, micrófonos dinámicos, micrófonos de cinta, micrófonos de condensador...

Los equipos de megafonía en sanidad son empleados sobre todo en las salitas de espera de las consultas externas de los hospitales y también en los centros de salud, donde se llama por megafonía a los pacientes para que acudan a las distintas salas o despachos médicos para ser atendidos.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión bibliográfica hemos realizado un repaso acerca de que son los equipos de megafonía. Estos son sistemas para poder reproducir mensajes de voz, música o sonidos a través de altavoces ubicados estratégicamente en una sala para que la información ofrecida se entienda de forma clara.

En sanidad son muy empleados, sobre todo en las salas de espera de consultas externas de los hospitales y de los centros de salud. Generalmente, se emplean para llamar por orden a los pacientes para que vayan entrando a las consultas o a realizar pruebas diagnósticas y también cuando hay que dar algún tipo de aviso importante en el centro.

6 Bibliografía

- 1- sistema de megafonía/ <https://totencom.com/sistema-de-megafonia/>
- 2- sistema de megafonía/ <https://sevillasystems.es/que-es-la-megafonia-ip/>
- 3- megafonía - <https://www.axis.com/dam/public/86/87/28/megafon%C3%ADa-es-ES-343338.pdf>

Capítulo 494

EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN INCENDIO EN EL SERVICIO DE LAVANDERÍA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARIA DEL PILAR MOSET MOLINA

MARIA DOLORES FERNÁNDEZ - LUENGO MUÑOZ

JOSEFA ANDRÉS PARRA

ANDREA CASERO ALBA

KAROL FERNANDA TORRES OMEN

1 Introducción

Un incendio fuera de control tiene el potencial de dañar o quemar cosas que no están destinadas a arder. La seguridad contra incendios incluye un conjunto de medidas enfocadas a prevenir el inicio del incendio, controlarlo y detener su propagación porque entre sus efectos se encuentran lesiones por humo, gases tóxicos y altas temperaturas, así como daños materiales a bienes, instalaciones y la propiedad misma.

Dada la cantidad de ropa que hay en las instalaciones y el gran número de máquinas, especialmente en el servicio de planchado, se piensa que el servicio de lavandería y planchado presenta un riesgo de incendio muy alto.

Por ello, lo más importante ante un incendio es mantener la compostura e informar a compañeros y superiores para que activen el plan de emergencia.

De acuerdo con la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales, el empresario está obligado a evaluar las posibles situaciones de emergencia y adoptar las medidas oportunas en materia de primeros auxilios, extinción de incendios y evacuación de los trabajadores. Habrá un delegado para llevar a cabo estas acciones, y este miembro del personal necesita los recursos adecuados según la situación.

Se debe desarrollar una estrategia de adecuación de los servicios de prevención y extinción de incendios debido al riesgo de incendios en las instalaciones sanitarias.

2 Objetivos

- Demostrar la importancia de contar con un protocolo de actuación contra incendios accesible a todo el personal.
- Explicar cómo reaccionar en un incendio para evitar daños mayores.

3 Metodología

Este capítulo fue escrito luego de realizar una revisión bibliográfica basada en una búsqueda de libros y artículos. Además, se realizó una búsqueda en Google de artículos sobre incendios en lavanderías y en importantes bases de datos como Pubmed y Scielo.

4 Resultados

La mayoría de los incendios son provocados por negligencias o actuaciones puntuales, como por ejemplo: por lo que la prevención es sin duda el factor más importante a la hora de prevenir un incendio.

- La ley 28/2005, de 26 de diciembre, prohibía fumar en los lugares de trabajo tanto públicos como privados. Esto se conoce como política de "no fumar en el área de trabajo".
- Tener cuidado de no sobrecargar el sistema eléctrico porque podría producirse un cortocircuito.
- No guardes nada cerca de un radiador, un calentador portátil, una secadora, una lavadora o cualquier otra máquina.

- Mantener fuera de obstrucciones las salidas de emergencia y rutas de evacuación. Al implementar el plan de prevención, el empleador deberá consultar a los empleados del servicio de lavandería y planchado con el fin de reducir los riesgos laborales potenciales para ambas partes y al mismo tiempo lograr y controlar los objetivos, que esta estrategia de prevención.

En ocasiones, no se puede evitar un incendio, independientemente de la causa, ya sea un error humano o un aparato que funciona mal, como una secadora, que puede sobrecalentarse e incendiarse. Debes mantener la compostura y cumplir con las instrucciones del plan de emergencia y las instrucciones si ve un incendio. Los siguientes son los procedimientos de evacuación:

- Dejar de trabajar sin hacer una pausa ni girarse.
- Trabajar juntos para trasladar a los usuarios a ubicaciones más seguras.
- Visitar el lugar de encuentro interior o exterior más cercano.
- Seguir esperando hasta que se anuncie que se puede reiniciar la actividad.
- No utilizar los montacargas ni los ascensores.
- Si debes pasar por una zona llena de humo, hazlo con la nariz y la boca tapadas con un paño húmedo.

Las medidas a tomar si queda atrapado son:

- Utiliza trapos para tapar las posibles rejillas de infiltración de humo, y hasta que llegue ayuda, date a conocer.

Sin embargo, para que todo funcione correctamente, todas las posibles rutas de escape deben estar claramente señalizadas y siempre libres de obstáculos. Cuando se descubran productos inflamables, los extintores se colocarán a una distancia máxima de 15 y 25 metros, respectivamente.

5 Discusión-Conclusión

La dirección del centro deberá llevar un registro de incendios que describa sus características y dotarlo de un sistema de alarma que permita informar rápidamente de la existencia de un incendio para poder implementar el plan de emergencia contra incendios. Esto es necesario porque los servicios de lavandería y planchado pueden provocar fácilmente un incendio. Para garantizar la seguridad pública y la seguridad del propio centro médico, es necesario actualizar este plan de emergencia contra incendios.

El objetivo del plan de emergencia contra incendios es prevenir que ocurra la situación, asegurar la evacuación coordinada de pacientes, residentes y trabajadores, y prevenir lesiones personales y daños a la propiedad.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
2. www.sspa.juntadeanlucia.es
3. www.mc-mutual.com

Capítulo 495

IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL SANITARIO Y EL CELADOR

MARTA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

ALBA MARTÍN GARCÍA

LIDIA MIGUEL VEGA

IÑAKI TORREJON ALIRANGUES

JOSÉ CARLOS GARCIA HORMIGOS

1 Introducción

La comunicación es un proceso o mecanismo que nos permite enviar y recibir diferentes informaciones entre uno o varios individuos.

Dentro del ámbito sanitario y laboral, el hecho de establecer una buena y fluida comunicación entre trabajadores nos va a permitir mejorar nuestras relaciones en el entorno laboral.

No solo a nivel personal beneficia el tener una buena comunicación. Si no a nivel profesional también.

Cuanta más información manejemos sobre nuestros pacientes, mejor será la atención y más centrada en cada enfermo.

Los celadores son unos de los profesionales del ámbito sanitario, que quizá, más tiempo pasan con los pacientes y muchas veces éstos manifiestan una serie de informaciones que ni a enfermeros ni a médicos transmiten. Por este motivo es muy importante que, entre compañeros, independientemente de la categoría que tengan, haya una comunicación fluida y buena.

Hay que tener en cuenta que, en todos los procesos comunicativos, debe existir una bidireccionalidad entre los sujetos. De nada sirve que el celador esté dispuesto a compartir información si la persona receptora no está dispuesta a recibirla.

En otros casos se produce que ambas partes están dispuestas a entablar una buena comunicación, pero existen barreras que afectan a que esta se produzca, como pueden ser los ruidos externos, el uso de mascarillas, el idioma, etc...

2 Objetivos

Destacar la importancia que tiene establecer una buena comunicación entre trabajadores que desempeñan su trabajo en equipo dentro del ámbito sanitario.

Explicar qué elementos interfieren para llevar a cabo una correcta y fluida comunicación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, hemos realizado una amplia búsqueda online recurriendo a diferentes buscadores como Google o Google Scholar, empleando términos como comunicación, tipos de comunicación, barreras comunicativas.

Y para centrarnos más concretamente en el ámbito sanitario hemos realizado una serie de consultas en bases de datos como Scielo y Dialnet.

4 Resultados

Para que se dé una correcta comunicación han de intervenir una serie de componentes que interaccionan entre sí.

El primero de todos ellos, es el emisor que es aquella persona que transmite el mensaje o información.

El receptor es la persona destinataria del mensaje que lanza el emisor.

El lenguaje o código que empleamos para transmitir la información.

El canal que es el medio por el cual nos intentamos comunicar. Por ejemplo, cuando hablamos el canal es el aire.

Por último, el contexto, que son las diferentes circunstancias o condiciones que se dan para llevar a cabo la comunicación.

En este caso en el que nos centramos, la comunicación dentro del ámbito sanitario es muy importante que esta sea de manera asertiva.

Este tipo de comunicación se caracteriza por ser directa y clara, dejando de lado las ambigüedades y los mensajes que puedan llevar a confusión.

Aparte de la comunicación verbal, existe también la no verbal. Este tipo de comunicación en el ámbito sanitario nunca debe emplearse con los pacientes, ya que si no hay un vínculo estrecho entre emisor y receptor, es muy probable que surjan una serie de malinterpretaciones pudiendo dar lugar a equívocos y a situaciones incómodas.

Generalmente la comunicación no verbal se suele dar entre los trabajadores cuando estos han generado entre ellos ciertos vínculos y les permite entenderse perfectamente aun sin hablar.

En el sector de la sanidad es muy importante el trabajo en equipo. Y para ello es imprescindible que exista una buena comunicación, de este modo no solo el trabajo será más efectivo, sino que las relaciones personales se verán más reforzadas. Esto además dará lugar a la creación de un buen ambiente de trabajo.

Por último, cabe destacar que la comunicación con los pacientes siempre que sea posible, ha de ser de forma verbal, de una manera clara y sabiendo muy bien hasta donde podemos llegar con la información que les facilitemos. Hay que recordar que se encuentran en un estado más vulnerable, fuera de su zona de confort y debemos tener cuidado para no dañarles con nuestro mensaje.

5 Discusión-Conclusión

Generalmente el celador es la primera persona con la que interacciona un paciente a la llegada a un centro hospitalario.

Es en este momento donde cobra más sentido el saber tener una buena comunicación.

El paciente suele llegar en una situación de vulnerabilidad y angustia al no encontrarse bien, por eso es que el celador debe saber comunicar de forma asertiva y de una manera clara, aun sabiendo que el receptor no se encuentra en una buena disposición para entender el mensaje.

Si el celador aprende a manejar de un modo correcto las diferentes herramientas

de las que dispone, para poder establecer una buena comunicación, tanto con los pacientes como con el resto de los compañeros, la efectividad del trabajo y la armonía en el entorno laboral irá en aumento.

6 Bibliografía

- <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-de-la-comunicacion-del-celador-en-el-trabajo-hacia-el-paciente>
- https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/1686/1/TDUEX_2014_Lucas_Milan.pdf
- <https://revistamedica.com/comunicacion-celadores-paciente/amp/>
- Bases de datos Scielo y Dialnet

Capítulo 496

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE TETRAPLÉJICO

JOSÉ CARLOS GARCIA HORMIGOS

IÑAKI TORREJON ALIRANGUES

ALBA MARTÍN GARCÍA

LIDIA MIGUEL VEGA

MARTA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

1 Introducción

La tetraplejia es una patología crónica que está ocasionada principalmente por una lesión medular y que tiene como consecuencia la pérdida de movimiento y sensibilidad tanto en el tronco, como en los brazos y las piernas.

La lesión medular en una tetraplejia suele estar ocasionada a nivel del cuello. Si bien es cierto que el paciente que sufre tetraplejia puede tener diferentes grados de afectación. Todo va a depender de la zona lesionada y de la magnitud de la lesión.

Algunos pacientes lesionados medulares leves pueden tener cierta movilidad, sobre todo en los miembros superiores, y pueden realizar una vida un poco más independiente que los lesionados graves, que en muchas ocasiones no tiene ningún tipo de movilidad e incluso precisan de respiración mecánica para poder vivir.

En cualquiera de los casos, un lesionado medular o paciente tetrapléjico va a necesitar por el resto de su vida una serie de cuidados y asistencia para su día a

día.

A día de hoy no existe una cura para este tipo de enfermedad. Si bien es cierto que revisando diferentes artículos hemos observado que en la actualidad hay varios ensayos clínicos que intentar curar este tipo de patología. Algunos de estos ensayos, están basados en el empleo de células madre y otros en la implantación de microchips que pretenden crear las conexiones que se han perdido con la lesión. Pero en ningún caso hay nada demostrado ni que tenga una efectividad al cien por cien.

2 Objetivos

- Dar a conocer las importantes funciones que lleva a cabo el celador ante un paciente lesionado medular, en el ámbito hospitalario.
- Explicar en qué consiste la tetraplejia y los diferentes grados que puede tener.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo hemos realizado una búsqueda online de diferentes publicaciones y artículos relacionados con el tema a tratar.

Así como múltiples consultas en bases de datos como Medline y Scielo empleando términos como tetraplejia, lesión medular y funciones del celador.

En esta ocasión también hemos contado con el testimonio de un celador que desempeña su trabajo en el Hospital Nacional de Paraplégicos en Toledo, quien nos ha detallado el día a día con el enfermo de lesión medular.

4 Resultados

El paciente con lesión medular en el área de hospitalización es un tipo de enfermo que precisa de una serie de cuidados muy específicos.

En cualquier servicio hospitalario común, el celador tiene muy limitadas sus funciones respecto a los enfermos. Pero cuando hablamos de pacientes tetraplégicos, las funciones que debe realizar el celador se ven ampliadas y la interacción con el paciente es mucho mayor.

Los cuidados que hay que tener con un paciente tetraplégico van a depender de la gravedad de la lesión y evidentemente de las necesidades de cada caso y cada persona.

El celador tiene una función realmente importante, ya que las movilizaciones de este tipo de enfermos hay que realizarlas con mucho cuidado. Precisan cambios posturales de forma regular y la asistencia que necesitan es prácticamente integral.

El celador ayudará en todo momento al auxiliar de enfermería a la hora de realizar el aseo y será colaborador en ello.

Debido a que son pacientes hospitalarios de larga duración, el aseo se realizara de forma más completa y exhaustiva, empleando una serie de dispositivos como bañeras especiales que no se dan en ningún otro caso.

Los pacientes que precisen de respiración mecánica tendrán que estar más controlados por la gran generación de secreciones que tienen. Tendrán que ser aspirados de forma regular.

El celador acompañará al paciente en sus terapias de rehabilitación, se mantendrá a su lado para que lo pueda asistir en cualquier momento que este lo precise.

Como cualquier profesional sanitario que en su día a día trabaje con este tipo de enfermos, los celadores deben tener la capacidad de empatizar, ya que en muchos casos este tipo de enfermos se ven esta situación de la noche a la mañana y les cuesta mucho aceptar su nueva forma de vida.

Los celadores y auxiliares suelen ser el personal que más contacto tengan con los pacientes y es por eso que también es función importante tratar de entenderlos y ofrecerles cierto apoyo emocional ante una situación como esta. Sabiendo siempre respetar sus tiempos y sus necesidades, pero brindándoles siempre el apoyo tanto físico como emocional.

5 Discusión-Conclusión

El paciente que sufre de lesión medular y que, por tanto, de una tetraplejia, suele ser causado por algún accidente o traumatismo en un alto porcentaje. En consecuencia, son personas que ven cambiada su vida de una forma repentina.

Es fundamental que los profesionales sanitarios sepan desempeñar sus funciones a la perfección, pero es necesario que exista humanización en el trabajo ante este tipo de enfermos.

En la actualidad, el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, es centro referencia para tratar a este tipo de pacientes, que precisan de una serie de instalaciones, mecanismos y dispositivos que en un hospital común no podemos encontrar. Al igual que la formación profesional de sus trabajadores, especializados al cien por cien en el paciente lesionado medular.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/atencion-cuidados-paciente-tetraplejico/amp/>.
2. Web oficial del Hospital Nacional de Parapléjicos.
3. Testimonio de celador empleado en el H.N.P. de Toledo.

Capítulo 497

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE ICTUS

IÑAKI TORREJON ALIRANGUES

LIDIA MIGUEL VEGA

MARTA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

ALBA MARTÍN GARCÍA

JOSÉ CARLOS GARCIA HORMIGOS

1 Introducción

La Unidad de Ictus de un hospital es un lugar físico que normalmente suele estar ubicado en la planta o en el área de Neurología. Suele ser un espacio más reducido común número limitado de camas. Toda ellas están distribuidas en box y acondicionadas con monitorización permanente continua.

La creación de la unidad de Ictus ha supuesto un impacto positivo dentro del servicio de Neurología.

Esta unidad tiene como objetivo protocolarizar la actuación ante un ictus para obtener un resultado positivo del desarrollo del mismo.

A su vez se pretende que con la creación de esta unidad exista una mejor coordinación entre los cuidados hospitalarios y los que el enfermo debe tener cuando ya esté en casa.

Estadísticamente está demostrado que, con la creación de esta unidad, se han visto notoriamente reducidas las tasas de mortalidad a causa de esta enfermedad.

La Unidad de Ictus, está formada por un equipo multidisciplinar formado por neurólogos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores. Estos últimos desempeñan una labor muy importante y es en la que nos vamos a centrar en el presente trabajo.

Las funciones que el celador desempeña dentro de esta unidad, no solo se limitan a las que realiza en un área de hospitalización común, si no que van más allá. Su asistencia es necesaria para ayudar tanto al enfermo como al resto de personal sanitario.

2 Objetivos

- Explicar en términos generales a grosso modo en qué consiste la unidad de ictus dentro del servicio de neurología y cómo es su funcionamiento.
- Intentar explicar y detallar las diferentes funciones que debe desempeñar el celador en dicho servicio.
- Comentar la repercusión que ha tenido la creación de este servicio.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como hemos visto anteriormente los celadores forman parte del equipo asistencial que desempeñan su trabajo en la Unidad de Ictus.

Las diferentes funciones que lleva a cabo el celador en este servicio son muy importantes, ya que no solo intervienen o ayudan en la recuperación del paciente, si no que su actuación hace que exista un correcto y fluido funcionamiento de la unidad.

- Ayudar al auxiliar de enfermería en el aseo y cambio de los pacientes es una de las funciones principales.
- Generalmente el paciente afectado de un ictus puede ver mermada su movilidad por lo que el celador deberá ayudar si fuera necesario en la realización de pruebas

o exploraciones.

- Como en otros servicios, los traslados y las movilizaciones las debe llevar a cabo el celador.
- Deben encargarse del transporte de documentos y de pruebas o muestras tanto al laboratorio como a otros servicios.
- Ayudar y orientar a los familiares de los pacientes si éstos lo necesitan.

Dentro de las unidades o servicios especiales como es el caso de la Unidad de Ictus, todo el personal que trabaja en ellas debe conocer perfectamente la ubicación del material y los dispositivos que se encuentran en ella. Ya que en este tipo de servicios pueden surgir complicaciones o imprevistos y una rápida actuación puede evitar desenlaces no deseados.

De igual modo los celadores como normal general deberían conocer a la perfección la ubicación de los diferentes servicios o áreas dentro del hospital. Si surge algún empeoramiento del paciente que está ingresado en la Unidad de Ictus y hubiese que trasladarlo a otro servicio como puede ser el quirófano o la unidad de cuidados intensivos (UCI), el celador no debe dudar de su actuación y debe llegar lo antes posible.

Cualquier actuación cuanto más rápido se realice nos asegurará un mejor desenlace para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

El celador es parte fundamental dentro de la Unidad de Ictus. Si bien es cierto, que todas y cada una de las funciones que realiza en dicha unidad deben ser ejecutadas bajo la supervisión de enfermería.

Aparte de tener capacidad de realizar de manera correcta su trabajo, han de conocer los protocolos que rijan en esta unidad y que suelen ser exclusivos de dicho servicio.

Las actuaciones de los profesionales sanitarios dentro de la Unidad de Ictus, han de ser rápidas y con la mayor seguridad posible, para evitar que pueda surgir algún tipo de complicación.

Los celadores tienen un papel muy importante para que se de un correcto funcionamiento y una perfecta coordinación del servicio, puesto que su asistencia tanto al resto de compañeros como a los propios pacientes es imprescindible.

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-unidad-ictus/amp/>.

Capítulo 498

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

1 Introducción

El quirófano puede ser un lugar estresante para los pacientes y sus familias. Hay mucha actividad en marcha, y puede ser difícil entender lo que está sucediendo para los pacientes. El papel del celador es preparar todo lo necesario en el quirófano para llevar a cabo la operación y en las condiciones adecuadas, así como llevar la documentación sanitaria necesaria para el proceso quirúrgico. El celador durante la intervención debe mover o ayudar a la movilización del paciente de la camilla a la mesa de operaciones, de la forma adecuada. También están en el quirófano durante la cirugía para brindar apoyo necesario. Después de la cirugía, el celador traslada al paciente siguiendo las instrucciones del personal sanitario, donde proceda bien sea ingreso en planta, alta hospitalaria, derivación a otras pruebas o cualquier otra situación.

El papel del celador es vital para que el equipo sanitario lleve a cabo la intervención quirúrgica, de igual modo debe ayudar al paciente y su familia en este

proceso, cuando se lo demanden. El celador contribuye para obtener mayor tranquilidad y comodidad durante el proceso operatorio. Se encargan de garantizar que el quirófano esté limpio y esterilizado. El celador debe asegurarse de que el paciente esté cómodo y relajado antes de la cirugía. También, es función de los celadores ayudar en las necesidades que surjan al personal sanitario durante el proceso de la intervención en el hospital. Es un profesional que tiene entre otras funciones brinda atención directa al paciente antes, durante y después de una operación. Después de la cirugía, el celador supervisa la situación del quirófano tras salir el paciente y cuidará de que todo queden en perfectas condiciones para la siguiente intervención.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son los siguientes:

1. Explicar las actividades relevantes que debe realizar un celador en el quirófano en el ámbito hospitalario.
2. Comprender la importancia del trabajo en equipo 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 también debe mantener un ambiente estéril en la sala de operaciones. Lo hacen ayudando en la esterilización de equipos y suministros, preparando el quirófano para la cirugía y manteniendo un área de trabajo limpia. Las responsabilidades del celador antes de la cirugía son asegurarse de que el paciente esté cómodo y relajado. También deben asegurarse de que el cabello del paciente recogido y sin mechones sueltos. El celador también debe verificar cual situación anómala que surja y pueda afectar condiciones médicas y por tanto al paciente que podría verse agravadas por la cirugía. La cirugía puede ser una experiencia desalentadora y estresante tanto para los pacientes como para sus cuidadores.

Es importante que los celadores estén preparados para lo que pueda necesitar el equipo médico durante este proceso. Si es necesario, el celador antes de la cirugía deberá ayudar al paciente con los preparativos finales, como bañarse, vestirse y comer. Deberán asegurarse de que el paciente tenga todos los documentos y pertenencias necesarios listos para irse. También, se les puede pedir que ayuden con tareas físicas o ayudar al paciente a moverse en la cama. Después de la cirugía, el celador deberá ayudar al paciente a su movilización si fuera necesario. Las responsabilidades de un celador durante la cirugía se pueden dividir en tres categorías principales: preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias.

Las responsabilidades preoperatorias incluyen asegurarse de que el paciente esté preparado para la cirugía. El celador también deberá asegurarse de que el historial médico del paciente esté completo, así como, las pruebas o exámenes necesarios antes de la cirugía. También se encargan de las responsabilidades intraoperatorias que incluyen mantener un ambiente estéril en la sala de operaciones y ayudar a colocar al paciente para la cirugía. El celador también deberá controlar la maquinaria y utensilios informar cualquier avería o cambio a los cirujanos.

Una sala de operaciones en un hospital es un ambiente estéril donde se realiza la cirugía. Es tarea del celador es ayudar a que el quirófano este en buenas condiciones, es decir, estéril y ayudar al equipo quirúrgico. El celador es responsable de mantener el quirófano limpio y organizado, y de esterilizar y preparar los instrumentos y suministros. También transportan pacientes hacia y desde el quirófano donde le indique el equipo médico o de enfermería.

En definitiva, en el entorno hospitalario, el celador es responsable de muchas tareas. Desde preparar el quirófano para la cirugía, asegurarse de que todo el equipo necesario esté esterilizado y listo para usar, y mover al paciente, asegurarse de que el paciente esté cómodo y listo para la cirugía. El celador también ayuda cuando sea requerido durante la cirugía. Tras la intervención se revisa el quirófano dejando en condiciones óptimas para el siguiente proceso.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el quirófano tiene entre sus funciones asegurarse de que el paciente esté cómodo y relajado. Deberá brindar apoyo al equipo quirúrgico, cuando sea requerido para ello. Además, deberá ayudar y colaborar rápidamente ante cualquier problema potencial cuando sea necesario, contribuyendo a su adecuada resolución.

El papel del celador es fundamental para garantizar el éxito de la cirugía. Deberá mantener la calma bajo presión y brindar apoyo para el equipo quirúrgico. Con su ayuda, las cirugías pueden realizarse evitando problemas y que los procesos quirúrgicos discurrir con normalidad. Recientemente se realizó un estudio con el fin de determinar la importancia del celador en el quirófano de un ámbito hospitalario, el estudio encontró que el celador juega un papel vital, ya que, ayuda a la correcta preparación antes de la intervención, así como, tras su realización. Lo que incide tanto en el bienestar del paciente como del personal quirúrgico. Además, el celador es responsable de mantener un ambiente limpio y estéril en la sala de operaciones.

Los resultados de este estudio subrayan la importancia de contar con un celador cualificado y con experiencia en el quirófano. El celador con sus funciones ayuda a garantizar el desarrollo adecuado de la actividad del quirófano y contribuye al bienestar tanto del paciente como del personal quirúrgico, así como de lograr un ambiente limpio y estéril. Este es un papel fundamental que no debe tomarse a la ligera.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
2. <https://revistamedica.com/celador-quiropano-funciones-basicas/>.
3. <https://www.euroinnova.edu.es/blog/normas-de-actuacion-del-celador-en-los-quiropanos>.
4. <https://essaeformacion.com/funciones-del-celador-en-el-quiropano>.

Capítulo 499

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

1 Introducción

Los celadores en el ámbito hospitalario llevan a cabo funciones muy diversas, en este artículo, nos centraremos en las funciones que realiza el celador en el laboratorio, para entender como los celadores forman parte del engranaje laboral y contribuyendo con sus cometidos, para que la actividad del laboratorio se desarrolle con normalidad.

Las funciones del celador en la actualidad tienen más valor, que en épocas anteriores, ya que, es fundamental el trabajo en equipo en el laboratorio y los celadores son parte de este equipo.

Entre los cometidos más importantes de los celadores está enviar la documentación generada por el laboratorio, repartir a los otros departamentos o unidades sanitarias, así como, recoger la documentación que le sea entregada desde otras unidades del centro hospitalario para el laboratorio.

Los celadores realizar tareas auxiliares, para las que sea requeridos, como retirada o colocación de mobiliario y enseres, entre otras muchas. Se encargan del traslado de muestras biológicas desde la unidad de extracciones, admisión de urgencias o desde donde proceda, hasta el laboratorio, siempre en condiciones óptimas, para proceder al análisis de dichas muestras. Además, se ocupan de llevar los residuos que se generen en el laboratorio a los contenedores adecuados y en las condiciones adecuadas, por lo tanto, debe tener conocimientos en la gestión de residuos para lograr entre todos una eficaz gestión de residuos.

2 Objetivos

1. Explicar las actividades relevantes que debe realizar un celador en el ámbito hospitalario en el servicio de laboratorio.

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

Los celadores tienen múltiples funciones en el servicio de laboratorio dentro del ámbito hospitalario, las funciones principales son de apoyo y ayuda a otros profesionales como médicos y auxiliares sanitarios principalmente. Además de sus funciones generales de vigilancia, apertura y cierre de instalaciones, etc., los celadores de laboratorio tiene otras tareas específicas dentro del Hospital:

- Recoger muestras de endoscopias y quirófano y trasladarlas a Anatomía Patológica. Siempre siguiendo las indicaciones que de el personal sanitaria y cuidando de cumplir todas las medidas de Riesgos Laborales.
- Al igual que en apartado anterior, también trasladan desde la zona extracciones las muestras al laboratorio.
- Los celadores van a farmacia hospitalaria cuando siguiendo instrucciones del personal sanitario del laboratorio y se le entregar a dicho personal.

- El celador se encarga de transportar los pedidos diariamente del almacén y repartir por los distintos laboratorios.
- Comunicar los partes de las incidencias de laboratorio, para que mantenimiento proceda a resolverlas.
- Los celadores son los encargados de repartir el correo por los distintos laboratorios, así como recoger la documentación o cualquier cosa que le entreguen en otros departamentos del Hospital para el laboratorio.
- Los celadores deben llevar facturas o copias u otros documentos requeridos a sus supervisores o a la secretaria de dirección, según corresponda.
- Antes de que comience la jornada laboral normal del laboratorio, así como después de terminar, debe revisarse todo el mobiliario e instrumental que le indiquen.

Es muy conveniente que los celadores de laboratorio tengan formación específica en Prevención de Riesgos Laborales, ya que por su trabajo estas en contacto con muestras en algunos casos infecciosas.

En definitiva, la realización de estas funciones de forma correcta y efectiva, por parte de los celadores de laboratorio, repercute en el trabajo diario del resto de personal sanitario del laboratorio, puesto que el trabajo en equipo es muy importante para lograr que el trabajo de laboratorio sea eficaz y efectivo.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el entorno hospitalario juega un papel fundamental para garantizar el buen funcionamiento del servicio de laboratorio. Es responsable de una variedad de tareas diarias, como traslado de documentación, muestras y residuos, labores de preparación de suministros y materiales previas, así como, acondicionamiento diario del espacio del laboratorio. Las funciones del celador requieren también de determinadas cualidades sociales como responsabilidad, la capacidad de trabajo en equipo, entre otras muchas.

El celador es un miembro importante del equipo de laboratorio del centro hospitalario y con su trabajo contribuye en lograr un servicio de calidad y, por tanto, sus funciones son necesarias para garantizar que el laboratorio funcione sin problemas, de manera eficiente y eficazmente diariamente.

6 Bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: Título III, Capítulos I y II.
2. 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.
3. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales
4. <https://revistamedica.com/labor-celador-unidad-farmacia-hospitalaria/>

Capítulo 500

FUNCIONES DEL CELADOR DE PLANTA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

PABLO FERNANDEZ PANIAGUA GALAN

MARIA PILAR MARTIN BUITRAGO DIAZ

NEREA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

VANESA FERNANDEZ PANIAGUA MARTIN BUITRAGO

1 Introducción

En un hospital, el celador es responsable de proporcionar ayuda básica al paciente y mantener, en condiciones óptimas, las habitaciones de la planta hospitalaria. Se encargan de trasladar a los pacientes de sus camas, a sillas de ruedas o a camillas. Entre las funciones del celador también está mover objetos pesados y en ocasiones, están en contacto con sangre y otros fluidos corporales. El papel de un celador en un entorno hospitalario es vital para el buen funcionamiento de las instalaciones y para que la actividad sanitaria discurra con normalidad y se manifieste en el bienestar de los pacientes. El celador se encarga de ayudar a que el hospital esté limpio, ordenado y libre de peligros. Además juega un papel importante en la prestación de apoyo y asistencia a los pacientes y resto de miembros del personal hospitalario.

Por lo tanto, las funciones del celador de planta varían según las necesidades específicas del hospital, pero por lo general incluyen tareas como preparar y

recoger la documentación, suministros, enseres o cualquier otro tipo de cosa, que le solicite el personal sanitario, también son encargados de transportar y ayudar a pacientes a moverse por el hospital. Los celadores, en la actualidad se sabe que, juegan un papel importante en el mantenimiento adecuado y seguro de la planta. Sus esfuerzos contribuyen a la salud y el bienestar general de los pacientes, el personal y los visitantes por igual. Sin embargo, hay algunos deberes comunes que todos los celadores deben realizar. Estos incluyen brindar atención básica a los pacientes, ayudarlos a moverse por el hospital y ayudarlos con las comidas y otras actividades.

2 Objetivos

Las tareas de este trabajo son las siguientes:

1. Explicar las actividades relevantes que debe realizar un celador de planta en el ámbito hospitalario.
2. Establecer coordinación del celador con el resto de los trabajadores del hospital.
3. Mantener y favorecer la asistencia a los pacientes y miembros del personal.

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 celador de planta en el entorno hospitalario realiza muchas tareas. Entre otras, interactuar con los pacientes y transportarlos hacia y desde diferentes áreas del hospital. El celador es el contacto inicial del paciente al llegar al centro hospitalario, deben comunicarse de manera efectiva con los pacientes para brindarles la mejor atención posible. También deben mantener un alto nivel de limpieza para evitar la propagación de infecciones. Un hospital puede ser un lugar muy concurrido y caótico. Hay muchas personas diferentes con muchos roles diferentes que trabajan para brindar atención a los pacientes. Uno de estos roles es el

del celador de planta. El celador es responsable de brindar atención básica al paciente y de mantener el área alrededor del paciente limpia y segura. Las funciones del celador son importantes, ya que, contribuyen ayudando a que los pacientes reciban la mejor atención posible mientras están en el hospital.

El celador de planta en el entorno hospitalario tiene entre sus funciones, ayudar a lograr el bienestar de los pacientes, ayudando a los pacientes en sus necesidades básicas, como las comidas, el baño y el aseo. El celador además ayuda a mantener el hospital limpio y organizado. También pueden transportar pacientes a diferentes áreas del hospital, cuando los pacientes tengan citas fuera de la planta. El papel del celador de planta en el entorno hospitalario es fundamental, ya que contribuye con el personal sanitario, ayudando en sus demandas y para mantener un entorno seguro y limpio para los pacientes, el personal y los visitantes. El celador es responsable llevar o retirar de las habitaciones de los pacientes, los baños, las áreas públicas y el espacio de los sanitarios, lo que se le demande, para que la actividad sanitaria se realice con normalidad. Dentro de sus tareas deben reponer los suministros necesarios. Además de estos deberes, el celador también puede ser responsable de transportar pacientes a diferentes áreas del hospital o brindarles asistencia durante su estadía. El celador juega un papel importante para garantizar que las actividades diarias dentro del entorno hospitalario se desarrollan con normalidad.

Los celadores trabajan en equipo con el resto de personal sanitario y de forma coordinada. Deben ser capaces de comprender las necesidades de los pacientes y brindarles la atención que necesitan, por lo que es fundamental mantener una comunicación de manera efectiva, además de trabajar en coordinación y colaboración con el resto de miembros del equipo de atención médica. El celador de planta en el entorno hospitalario juega un papel primordial en el cuidado general de los pacientes. Son responsables de proporcionar un entorno limpio y seguro para los pacientes, así como de asegurar que reciban sus medicamentos y comidas a tiempo. El papel del celador es vital para el éxito del entorno hospitalario. Proporcionan un vínculo crucial entre el personal médico y el paciente. Sin ellos, el hospital no podría funcionar correctamente.

5 Discusión-Conclusión

Un hospital puede ser un ambiente muy agitado y estresante. Hay mucha gente yendo y viniendo, y puede ser difícil hacer un seguimiento de todo. El celador de planta es responsable de mantener la planta organizada, preparando todo lo que le necesite el personal sanitario y ayudando en lo posible, a los pacientes

en sus demandas. También puede ayudar con las comidas y otras actividades de apoyo. El celador es una parte importante del equipo del hospital y desempeña un papel vital para que cada planta del hospital funcione sin problemas. El trabajo de un celador es asegurarse de que los pacientes y resto del personal del hospital tengan todo lo que necesitan diariamente. También debe asegurarse de que la planta hospitalaria esté en condiciones adecuadas, para el desarrollo de las tareas diarias. Los celadores deben prestar ayuda a los usuarios que tengan dificultades, así como, de trasladar a los pacientes por el hospital cuando sea necesario.

El papel del celador en planta en el entorno hospitalario es crucial y dinámico. El celador debe ser capaz de identificar las necesidades de los pacientes, brindar apoyo al resto del personal de la planta hospitalaria y mantener un entorno limpio y seguro. Es fundamental por tanto comunicarse de manera efectiva con el personal de enfermería y otros miembros del equipo de atención médica.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
2. Pérez-Jover, V. Mira, J J y Tomas O. Buenas prácticas y Satisfacción del paciente.
3. Revista de Calidad Asistencial. Noviembre – diciembre 2019.
4. <https://essaformacion.com/que-hace-un-celadordeplanta/funciones/>
5. <https://revistamedica.com/funciones-celador-planta-hospitalizacion/>
6. <https://www.noticias.es/funciones-celador/>

Capítulo 501

GOBERNANTE/A EN SANIDAD: LA LAVANDERÍA CENTRALIZADA

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

1 Introducción

Las lavanderías hospitalarias se encargan de lavar y procesar la ropa sucia y contaminada relacionadas con el tratamiento de los pacientes, para que esté de nuevo limpia y sin microorganismos. De esta forma se ayuda al cuidado y confort del paciente así como también se garantiza la minimización del riesgo de aparición de infecciones nosocomiales.

Existen diferentes tipos de lavanderías hospitalarias en función al modelo de gestión: la lavandería institucional (cubre las necesidades de un solo centro), la lavandería semi centralizada (trabaja para varios centros y está gestionada por el centro en el que se encuentra) y la lavandería centralizada (satisface las necesidades de varios centros y dispone de autogestión).

Generalmente las lavanderías centralizadas se encuentran situadas en grandes hospitales (generalmente hospitales centrales) que abastecen también a centros sanitarios u hospitales más pequeños.

La lavandería centralizada es un centro de actividad importante, ya que como hemos dicho se dedica a procesar la ropa sucia de varios centros, por lo que a nivel organizativo debe estar muy bien gestionada. Ese es nuestro trabajo como profesional gobernante/a, garantizar que se cumplen todos los procesos de forma

adecuada y que todo el trabajo está correctamente organizado para ofrecer un servicio de calidad al paciente.

2 Objetivos

Conocer en qué consiste una lavandería centralizada dentro de una institución sanitaria como parte de nuestra formación básica como figura de 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

En las lavanderías centralizadas se realiza el lavado de ropa generalmente superior a 1000 kg/hora, esto es un nivel de producción bastante elevado por lo que se debe de contar con los recursos tanto de maquinaria, materiales como también personales suficientes para cubrir todas las necesidades de la instalación.

Para ello se ha de garantizar el transporte de la ropa hasta el servicio de lavandería, ya sea externo o interno, maquinaria de lavado y planchado con capacidad suficiente, zonas de costura donde se repasen las prendas deterioradas, zonas de almacenamiento, zonas de doblado/empaquetado, almacén de productos, zonas de control de calidad de las prendas lavadas así como contar con los carros de lavandería necesarios para el transporte tanto de la ropa sucia como de la limpia a las diferentes unidades.

En este tipo de instalaciones es preciso realizar controles de calidad de los procesos llevados a cabo (comprobación de la aplicación de los programas y productos de lavado adecuados, comprobación y puesta en marcha de la maquinaria, revisión de manchas y de estado de las prendas etc.).

La maquinaria de este tipo de instalaciones está en la actualidad prácticamente automatizada en su totalidad, aun así es importante la correcta formación de los

profesionales que allí trabajen, de forma que se garanticen las correctas acciones sobre las mismas.

La lavandería centralizada proporciona grandes ventajas en cuanto a mayor garantía higiénico-sanitaria y control de calidad de los procesos. Y aunque exige una mayor dotación en cuanto a maquinaria y ropa, la elevada producción hace que se abaraten los costes.

Generalmente en casi todas las lavanderías los sistemas de lavadoras y cargas están automatizados. Diariamente se suele generar un informe de las cargas realizadas según el tipo de ropa y el centro al que pertenecen, que serán recogidas por la gobernanta/e.

De forma general se procesa la ropa clasificándola por tipos y no sobrecargando los túneles de lavado. Además, al traer ropa de varios centros es importante contabilizar la misma para proveer de material suficiente a los diferentes hospitales así como también identificar las prendas.

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión hemos visto en qué consiste una lavandería centralizada, que abastece a varios centros hospitalarios y requiere de una serie de maquinaria, material, recursos y personal mucho más avanzada.

Como personal gobernanta/e es importante que conozcamos como se gestiona y también que estemos atentos acerca de los procesos que se llevan a cabo en cada una de las instalaciones de lavandería. En este caso es importante llevar unos registros de entrada y salida de ropa a los diferentes centros y también realizar controles de calidad rutinarios en la maquinaria, así como una correcta puesta en marcha y manipulación.

6 Bibliografía

- 1- organización de ropa y lavandería en centros sanitarios - https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_ropa_lavand.pdf
- 2- lavandería centralizada - https://www.hoy.es/20081210/opinion/lavanderia-centralizada-20081210_amp.html
- 3- lavandería y ropa hospitalaria - <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/03/MSalud-Neuqu%C3%A9n-Manual-Lavander%C3%ADa-y-manejo-de-ropa-hospitalaria.pdf>

Capítulo 502

GOBERNANTA/E EN SANIDAD: SISTEMA DE ANÁLISIS DE PELIGROS Y PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL (APPCC) EN LA COCINA HOSPITALARIA

JOSE MARÍA CASARRUBIOS CARRASCO

FRANCISCO JAVIER CARRASCO CALATAYUD

JOSE MARÍA CASARRUBIOS MAROTO

1 Introducción

Los alimentos que se emplean para la elaboración de comidas en los centros sanitarios deben de estar sujetos a continuos controles de calidad, ya que cualquier contaminación sobre los mismos puede ocasionar graves perjuicios que comprometan o empeoren el estado de salud de los pacientes que los consuman.

Todos los trabajadores de las cocinas sanitarias deben tener en posesión el carnet de manipulador de alimentos, donde han recibido la formación necesaria acerca de la correcta manipulación y la prevención de riesgos asociados a los alimentos. Aún así es recomendable que sigan formándose y realizando cursos de reciclaje cada cierto tiempo.

Existen diferentes riesgos o peligros presentes en los alimentos:

- peligros físicos: materiales extraños presentes en los alimentos.
- peligros químicos: pueden ser el resultado del metabolismo natural del alimento o deberse a una contaminación accidental o intencionada.
- peligros biológicos: microorganismos patógenos presentes en los alimentos.

Un sistema APPCC analiza los peligros y puntos de control críticos de los alimentos con la finalidad de perseguir un alto nivel de seguridad alimentaria.

Estos sistemas son básicamente actuaciones preventivas para controlar posibles peligros presentes en los alimentos para actuar y accionar los mecanismos necesarios para detenerlos.

Como personal gobernanta/e en sanidad debemos verificar que todos los procesos se cumplan con la mayor calidad posible, evitando riesgos para los usuarios.

2 Objetivos

Conocer en qué consisten los sistemas APPCC como análisis de peligros en las cocinas de los centros sanitarios, como gobernanta, para verificar que se cumplen con los estándares de calidad establecidos.

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 sistema APPCC es por tanto como decimos un sistema de control mediante el que se llevan a cabo diferentes actuaciones para garantizar la seguridad y calidad de los alimentos.

Para ello se elabora un diagrama en el que se incluyen todos los procedimientos de producción de los alimentos, identificando los peligros que pueden surgir en

cada fase, donde se aplicaran medidas de prevención para minimizar esos peligros.

Los principios básicos en los que se basa el sistema APPCC son 7:

- Identificar los peligros y estimar su nivel de importancia
- Fijar los puntos críticos de control
- Especificar los criterios de control, poniendo límites
- Fijar procesos de vigilancia para esos puntos críticos de control
- Si no se cumplen los criterios de control, establecer las acciones en cada caso a llevar a cabo
- Fijar procesos de comprobación del correcto funcionamiento del sistema APPCC instaurado
- Recoger de forma documental lo relacionado al sistema APPCC

Dentro de la instauración de un programa o sistema APPCC se deben incluir también prácticas correctas de higiene con relación a lo previsto en la normativa legal como pueden ser: mantenimiento de locales y equipos, limpieza y desinfección, control de los proveedores, formación a los profesionales de buenas prácticas, control periódico de plagas...

Un sistema de APPCC debe ser revisado cuando se detecten varios fallos en un periodo corto de tiempo, cuando hay cambios legislativos y cuando se van a realizar actividades distintas a las habituales.

Los establecimientos alimentarios deben disponer de documentación que acredite que están llevando a cabo un sistema de APPCC, donde se describa en qué consiste. En esa documentación debe firmar el responsable o encargado del establecimiento.

En cuanto a algunas de las buenas prácticas asociadas a este sistema de APPCC caben destacar las siguientes:

- Resulta imprescindible una higiene personal adecuada por parte de los trabajadores, con indumentaria específica para la actividad y una buena higiene de manos.
- No romper con la cadena de frío de los alimentos
- No recalentar más de dos veces la comida
- Realizar un adecuado diseño de los menús para evitar el desperdicio de materias primas.
- Llevar a cabo los protocolos de manipulación segura de los alimentos.

- Llevar un control del almacenamiento de los alimentos, con control periódico de las caducidades.

5 Discusión-Conclusión

Como personal gobernanta de un centro sanitario somos los profesionales encargados como mandos intermedios de verificar que todos los procedimientos se llevan a cabo siguiendo los protocolos establecidos y cumpliendo con la normativa vigente. La cocina es un punto crítico donde un fallo puede suponer un riesgo grave para la salud de los pacientes.

Por ello se instaaura el sistema APPCV que se encarga de establecer puntos de control sobre todos los procesos que comprenden el tratamiento de los alimentos dentro de una cocina hospitalaria. Este sistema debe quedar registrado mediante documentación e informes que debemos guardar de forma periódica.

6 Bibliografía

- 1- industria alimentaria- https://www.google.com/aclk?sa=l&ai=DChcSEwiD0YKstP6BAxWXimgJHRXCCe0YABABGgJ3Zg&ae=2&gclid=Cj0KCQjw4bipBhCyARIsAFsieCw_Hmnh-U-t9prAVaKKl2bVN8_ofFNWBcaGv8lDVsyY2UI15D0s-4waAkIOEALw_wcB&sig=AOD64_3V3M6Td2IncWRE0eRnxalkhByy4Q&q&adurl&ved=2ahUKEwjmnP6rtP6BAxV4TKQEHVVfDgsQ0Qx6BAGIEAE
- 2- APPCC en la industria alimentaria- <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/appcc-empresa-alimentaria#:text=El%20sistema%20APPCC%20consiste%20en,a%20aplicar%20en%20caso%20necesario.>
- 3- APPCC en la industria alimentaria- <https://www.ambialia.es/que-es-appcc>

Capítulo 503

EL CELADOR Y EL TRASLADO DE PACIENTES DENTRO DE LOS CENTROS SANITARIOS

MARÍA TERESA VINDEL CASTELLANO

1 Introducción

El celador es el profesional no sanitario que se encarga de realizar el traslado de pacientes dentro de los centros hospitalarios.

Antes de realizar cualquier traslado, reuniremos los recursos necesarios para realizar el mismo (cama, camilla, silla) así como pasaremos por el control de enfermería para avisar del traslado e informaremos también al paciente acerca de dónde vamos a llevarle y el recorrido a realizar, así como a sus familiares si estuviesen allí presentes.

Durante el traslado es importante que el paciente se sienta lo más a gusto posible, ofreciendo medidas de confort y preservando su intimidad, además de ofrecer las mayores condiciones de seguridad posibles.

Antes del traslado el personal sanitario nos indicará el medio de traslado más apropiado según las condiciones del paciente y también el tipo de prueba o tratamiento que se vaya a realizar.

El celador debe conocer todas las ubicaciones dentro del centro sanitario para planificar los recorridos de forma que sean lo más cortos y seguros posibles, evitando pasar por zonas de gran afluencia y haciendo que el trayecto sea lo más corto posible.

Durante el traslado nos comunicaremos con el paciente para ver qué todo está yendo correctamente y que se siente bien.

2 Objetivos

Conocer como personal celador como debe realizarse de forma correcta el traslado de un paciente en el ámbito de un hospital.

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 traslado de un paciente consiste en llevar al paciente de un servicio o unidad a otro generalmente aunque también puede realizarse de un centro a otro.

El traslado de un paciente puede realizarse mediante diversos mecanismos: cama, silla de ruedas, camilla o caminando.

Una vez que el personal sanitario nos ha comunicado el destino del traslado, así como el mecanismo más idóneo y la identificación del paciente a trasladar, acudiremos con los recursos necesarios a la habitación o sala donde se encuentre. Explicaremos al paciente y a los acompañantes que están allí que vamos a realizar el traslado y a donde vamos.

Si vamos a realizar el traslado con una camilla eléctrica se debe verificar que se encuentre cargada y enchufada a la red, teniendo por tanto batería suficiente para realizar el traslado.

En el traslado el paciente debe ir en todo momento identificado con la pulsera identificativa así como en ocasiones portar la historia clínica u otra documentación pertinente que el celador debe custodiar hasta ser entregados en el destino al personal sanitario.

Para pasar al paciente de una cama a una camilla, se pondrán ambas en paralelo frenadas para pasar al paciente.

En el caso de que el paciente tenga sueros, drenajes, sistemas de oxigenoterapia etc debemos de contar con los mecanismos suficientes para garantizar el traslado seguro (palo de gotero, bala de oxígeno y gafas nasales etc).

Durante el traslado elegiremos el recorrido menos transitado y más corto, empleando los ascensores destinados al personal sanitario evitando los del público general.

Cuando llegamos al destino no dejamos allí al paciente solo sin vigilancia, debe ser recepcionado por algún profesional.

Cuando avancemos por pasillos iremos por el medio de estos, moviéndonos despacio y acercándonos con precaución a ascensores, esquinas, entradas y salidas.

Para la movilización en silla de ruedas una vez tenemos al paciente sentado en la silla se retira el bloqueo de la silla o freno para el traslado hasta llegar al destino. Para el traslado en cama o camilla el celador se sitúa en la cabecera y empuja la misma en dirección a los pies del enfermo. Así mismo se hace en la silla de ruedas.

En el caso del traslado del paciente a un quirófano la cama o camilla se empuja desde los pies, para dejar así el acceso aéreo libre por si hubiese una emergencia, también se hace así para bajar o subir rampas.

Para salir o entrar por una puerta o entrar en ascensores entraremos primero nosotros desde la cabecera, siendo lo último los pies.

Durante todo el traslado debemos mantener la vigilancia sobre el paciente, verificando su estado de salud y actuando ante un caso de emergencia avisando al personal médico.

5 Discusión-Conclusión

El traslado de pacientes dentro de los centros hospitalarios se realiza muchas veces de forma diaria por parte del profesional celador. Por ello resulta esencial que éste tenga los conocimientos necesarios para que el traslado resulte seguro tanto para el paciente como para el profesional.

El profesional debe saber cómo movilizar la cama, camilla, silla... y también los recursos necesarios que precisa para hacer el traslado. Es importante que el paciente siempre vaya identificado y que verifiquemos que se trata de el paciente correcto antes de realizar el traslado y al llegar al lugar también de destino, evitando así posibles confusiones.

6 Bibliografía

1- el celador y el traslado de pacientes - <https://revistamedica.com/celador-traslado-camas-camillas/>

- 2- el celador y el personal sanitario - <https://www.murciasalud.es/archivo.php?id=437447>
- 3- el celador en relación a los enfermos - https://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_3.pdf
- 4- el celador en el traslado del paciente / <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-el-traslado-del-paciente/>
- 5- celador, traslado y movilidad del paciente - <https://educacursos.com/products/celador-traslado-y-movilidad-del-paciente>

Capítulo 504

EL PAPEL QUE DESARROLLA EL CELADOR DENTRO DE LA URGENCIA HOSPITALARIA

JULIO SÁNCHEZ SERRANO

VICTOR MARTIN SILVA CARRASCO

VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ

MARIA RUBI DE LA LLAVE MARTIN

CLAUDIA PATRICIA REALES GELVES

1 Introducción

En la urgencia hospitalaria y extrahospitalaria cuando una persona solicita atención médica mediante la llamada del 112 se tendrá que separar dos situaciones para diferenciar lo que conocemos de la urgencia a la emergencia. Esto es debido a que tienen un significado diferente y que dependiendo de si a un individuo le ocurre una situación u otra se tendrá que actuar de manera más inmediata o por el contrario más tardía.

Conocemos como la urgencia, aquella situación que ha tenido una aparición fortuita fruto o derivada de cualquier actividad y que precisa una atención inminente, solicitada por el sujeto o médico, pero aquí la persona no está corriendo un riesgo vital para la persona y puede llegar a tener horas de evolución.

En cuanto a la emergencia o urgencia vital médica se le puede definir, según la OMS como la situación en la cual se encuentra un individuo con un riesgo vital o mortal y que precisa asistencia en menos de una hora, puesto que las funciones vitales de la persona van a verse comprometidas o pueden entrar en un fallo multiorgánico que deriven en el fallecimiento de la persona.

Dentro de la urgencia hospitalaria nos encontramos con un gran equipo multidisciplinar amplio y con preparación para enfrentarse a situaciones tanto de urgencia como de emergencia, una vez que el paciente pasa por el servicio de admisión tendrá que pasar por un triaje hospitalario para determinar la gravedad de su problema y así asignarle el nivel de atención adecuado.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este trabajo se establece analizar y desarrollar el papel que asume el celador dentro de la urgencia hospitalaria y sus responsabilidades como personal no sanitario en estos espacios.

3 Metodología

Para este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica con búsqueda en las bases de datos científicos como PubMed, Medline y Scielo. Se ha realizado una búsqueda con las siguientes palabras clave en los términos DESH: urgencia, emergencia y triaje.

4 Resultados

El celador tendrá una serie de funciones y responsabilidades dentro de las urgencias hospitalarias desde que un paciente entra el servicio de salud hasta su alta o traslado a otra unidad. El celador tendrá que salir siempre a recibir a los pacientes, tanto provenientes de ambulancias como de vehículos particulares y será este quien oriente y dirija al enfermo a admisión para que pueda dar sus datos y así poder pasar por el triaje, en el caso que el paciente precise ser triado de manera más urgente será el familiar de este quien de los datos en admisión.

El celador tendrá que trasladar al paciente hasta su destino en silla de ruedas, camillas etc. Y tendrán que avisar al personal sanitario como el equipo de enfermería o de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) de que hay un paciente esperado para ser atendido.

Serán los responsables de cuidar todo el material relacionado con camillas y sillas de ruedas en la puerta de la urgencia y serán quienes regulen el flujo de entradas y salidas a estos espacios. Además de ayudar al personal sanitario en las funciones suyas y que necesiten ayuda como pueden ser las acciones de sujetar a un niño que se le tiene que realizar cualquier procedimiento, contención de un paciente en psiquiatría, la colocación de yesos o colocación de luxaciones, y todas aquellas actividades que sean dirigidas por médico, supervisoras o enfermeras.

Cuando el paciente precise ir de una ubicación u otra será el celador quien se encargue de este cometido, siempre teniendo en cuenta que se traslada al paciente correcto con su historia clínica correcta. Además, tendrá que transportar las pruebas diagnósticas pertinentes al laboratorio y asegurarse que no se pierden, a banco de sangre, o a farmacia en caso de realizar pedidos etc. Cuando transporten a un paciente crítico a las unidades de cuidados intensivos tendrán que verificar que todo el material procedente de urgencias vuelve a su lugar de origen.

5 Discusión-Conclusión

El Celador es una figura importante en el servicio urgencia hospitalaria puesto que se encargan de regular el acceso de familiares y personas que pueden o no deben entrar dentro de las instalaciones de la urgencia hospitalaria. Además, tendrán la responsabilidad de trasladar pruebas al laboratorio, o llevar a pacientes críticos a unidades de cuidados intensivos o quirófano de urgencia.

Una buena dotación de conocimientos y experiencia en los Celadores que trabajan en el área de urgencias hospitalario ayuda a dar respuesta a la complejidad de situaciones de emergencia, tanto en su forma de presentación como en tomar las medidas necesarias para su resolución. Es por ello que el personal debe mantenerse alerta y dar las respuestas necesarias a las situaciones presenciadas.

6 Bibliografía

1. La importancia del TCAE en el servicio de urgencias. Revista médica electrónica Portales Médicos 2013.
2. Revista. (2021). Funciones del TCAE en el Servicio de Urgencias. Ocronos-Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-servicio-urgencias/>
3. (S7f). Researchgate.net. Recuperado el 25 de julio de 2022, de https://www.researchgate.net/profile/Radhames-Hernandez/publication/15474237_The_

utilization_of_a_hospital_emergency_service/links/0c960516563f88289e000000/
The-utilization-of-a-hospital-emergency-service.pdf

Capítulo 505

LAS FUNCIONES DEL CELADOR DENTRO DE QUIRÓFANO Y ESTERILIZACIÓN

JULIO SÁNCHEZ SERRANO

VICTOR MARTIN SILVA CARRASCO

VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ

MARIA RUBI DE LA LLAVE MARTIN

CLAUDIA PATRICIA REALES GELVES

1 Introducción

El quirófano es por definición según la RAE el espacio “convenientemente acondicionado para hacer operaciones quirúrgicas de manera que puedan presenciarse al través de una separación de cristal, y por exterior cualquier sala donde se efectúan estas operaciones” (1)

Existen numerosas posibilidades de clasificación de tipos de quirófano y según los hospitales y el tipo de actividad que realizan pueden variar su categoría es por ello que se realiza una clasificación dependiendo de la tipología de quirófano y así según sus características.

Si la cirugía va a ser comprendida dentro de la cirugía menor ambulatoria se llevan a cabo procedimientos de cirugía de baja complejidad, donde se emplea

anestesia local o troncal con pacientes ya programadas, es decir, la cirugía que se practica no pone en riesgo su vida.

Si estamos ante complejidad quirúrgica baja encontraremos a los quirófanos polivalentes, estos serán los más abundantes y flexibles donde se realizan las intervenciones en diferentes especialidades. También encontramos los quirófanos de cirugía mayor ambulatoria, se llevan a cabo quirófanos programados pero que se va a emplear anestesia general o local en pacientes que no vana necesitar un ingreso y que tras esto volverán a su domicilio.

El papel del celador en este contexto será importante pues el traslado y el reconocimiento de los pacientes será responsable del celador, así como que esté el paciente adecuado en el quirófano adecuado a su hora indicada.

2 Objetivos

Como objetivo principal de este trabajo se establece analizar y desarrollar el papel que asume el celador dentro del quirófano y la responsabilidad que tiene en cuanto a la identificación de cada paciente.

3 Metodología

Para este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica con búsqueda en las bases de datos científicos como PubMed, Medline y Scielo. Se ha realizado una búsqueda con las siguientes palabras clave en los términos DESH: quirófano, bloque quirúrgico, celador.

4 Resultados

El equipo de quirófano está compuesto por un equipo multidisciplinar donde nos encontramos a los celadores, técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), equipo de enfermería, equipo médico etc. El celador tiene como responsabilidad asumir una función complementaria de ayuda al personal sanitario (cirujano, anestelistas, enfermeras etc.) y también realiza funciones similares a las que realiza en otros espacios dentro del área hospitalaria.

El celador tendrá como función el traslado de pacientes, eso quiere decir que se va a encargar en el traslado desde su ingreso en la unidad si es una cirugía ambulatoria o si por el contrario procede de una planta, tendrá que ir a buscarlo a su habitación, confirmar que se trata del mismo paciente que se está esperando en

quirófano para evitar errores y después lo acompañará de regreso a su habitación o a la salida del área quirúrgica. Durante todo este transcurso el celador tendrá que llevar la documentación adecuada del paciente, su historia clínica y todo lo que se le haya facilitado por el equipo de enfermería o admisión.

El celador participará en las movilizaciones del paciente, puesto que se encarga de colocarlo en la mesa quirúrgica, cuestión muy importante ya que dependiendo de la posición que se le coloca al paciente influye en luego la accesibilidad que puede tener el cirujano para realizar la operación de maneras más cómoda y por lo tanto que tenga una tasa mayor de éxito.

También es reseñable que durante las operaciones de traumatología el cirujano va a pedir al celador ayuda para cambiar la posición del paciente. Tras la cirugía el celador deberá movilizar de manera adecuada al paciente, para bajarlo de la cama quirúrgica y posteriormente trasladarlo sin afectar a las condiciones del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este trabajo y dando respuesta al objetivo de estudio propuesta cabe destacar la figura del celador en el ámbito de las unidades de quirófano, ya que va a ser el principal responsable dependiendo del contexto donde se encuentre el paciente de trasladarlo y acompañarlo en toda su estancia. Dependiendo de si viene de planta de hospitalización el celador tendrá como mayor responsabilidad comprobar que el nombre del paciente corresponde al paciente y que está en el quirófano y lugar adecuado; así como si el paciente procede o se le va a realizar únicamente una cirugía ambulatoria, pues este tendrá la responsabilidad de llevarlo hasta el quirófano, comprobar sus datos y tras esto acompañarlo a la salida y cerciorarse que todo esta correcto para favorecer el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. La importancia del celador en el servicio de urgencias. Revista médica electrónica Portales Médicos 2013.
2. Revista. (2021). Funciones del celador en el Servicio de Urgencias. Ocronos-Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-servicio-urgencias/>
3. (S7f). Researchgate.net. Recuperado el 25 de julio de 2022, de https://www.researchgate.net/profile/Radhames-Hernandez/publication/15474237_The_

utilization_of_a_hospital_emergency_service/links/0c960516563f88289e000000/
The-utilization-of-a-hospital-emergency-service.pdf

Capítulo 506

EL PAPEL DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

JULIO SÁNCHEZ SERRANO

VICTOR MARTIN SILVA CARRASCO

VÍCTOR APARICIO RODRÍGUEZ

MARIA RUBI DE LA LLAVE MARTIN

CLAUDIA PATRICIA REALES GELVES

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es el espacio dentro del conjunto hospitalario o centro de atención médica que va a proporcionar a los pacientes que tienen comprometida su salud o que se encuentran con problemas potencialmente mortales unos cuidados intensivos teniendo en cuenta sus constantes continuamente mediante un monitor de manera no invasiva o de manera invasiva teniendo en cuenta que la toma de la Tensión Arterial (TA) vendrá registrada en el monitor por medio de la canalización de una arteria periférica.

Dentro de las unidades de cuidados intensivos (UCI) se van a incluir varios tipos de maquinaria como pueden ser: monitores cardiacos, ventilación mecánica invasiva y no invasiva, sondas de alimentación, vías intravenosas periféricas o centrales, drenajes etc.

Es el espacio dentro del hospital donde se recoge y se trata al paciente de maneras específica utilizando una serie de materiales adecuados para la atención de los pacientes que se encuentran en un estado grave de salud.

Es por ello que en este trabajo se va a desarrollar las funciones que tiene el Celador dentro de las unidades de cuidados intensivos con el fin de integrar al celador considerado como personal no sanitario dentro del equipo multidisciplinar que trabaja en estas unidades y que se compone de enfermeras, médicos, auxiliares técnicos en cuidados de enfermería etc.

2 Objetivos

-Informar sobre el papel que asume el Celador en las unidades de cuidados intensivos, puesto que es un servicio especial que precisa cierta preparación para abordar situaciones difíciles en pacientes con un estado grave de salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los celadores dentro de las unidades de cuidados intensivos van a tener que poseer unos conocimientos más especializados, puesto que es una unidad compleja donde se trabaja con pacientes vulnerables con un mal estado de salud general. El celador tendrá que llevar el uniforme apropiado y cuál le va a diferenciar que procede de este espacio, ya que va a tener que poseer unas condiciones adecuadas, asépticas y tienen que cambiarlo cada vez que entren y salgan del servicio a fin de evitar la propagación de cualquier microorganismo en estos pacientes. Todo el personal, aparte de los celadores, tendrá que realizar esta acción, pero el celador también tendrá que supervisar que esta acción se realiza para dar una garantía de seguridad.

Los celadores serán los encargados de efectuar los traslados de estos pacientes acompañados de un equipo multidisciplinar compuesto por enfermería y médico

para llevar al paciente a pruebas complementarias como podrán ser pruebas radiológicas, etc. Sobre todo, en ellos va a recaer la responsabilidad de ayudar tanto a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) como a enfermería en la movilización de los pacientes a la hora de realizar la higiene o cualquier cambio postural que tenga previsto el enfermo.

Serán los encargados de facilitar la información a las familias del horario de visitas, puesto que en estas unidades están de manera restringida, así como de llevar a cada familiar con su paciente correspondiente y vigilar el tránsito y la afluencia del personal en el acceso de entrada y de salida. Además, tendrán que dar a los familiares el vestuario adecuado para poder visitar a sus familiares, ya que se deben minimizar los riesgos de infección por microorganismos en ellos.

Si se da el caso de que el paciente fallece, el celador será el encargado junto con los demás profesionales sanitarios a realizar la preparación del cuerpo sin vida de la persona para llevarlo al espacio preparado para ello.

5 Discusión-Conclusión

Como respuesta, el objetivo de estudio propuesto para este trabajo se da respuesta y se pone de relieve la importancia que adquiere el Celador en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Lugar el cual tiene un gran equipo multidisciplinar sanitario y que el celador forma parte, siendo una pieza clave para las cosas básicas y que favorecen el funcionamiento del servicio, así como el bienestar de los pacientes y la ayuda a los demás equipos tanto de enfermería, médicos como técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). El celador tendrá un papel relevante, ya que será el mediador de los accesos de entradas y salidas, así como de impedir que los pacientes sufran algún evento adverso por un mal funcionamiento del servicio.

6 Bibliografía

1. La importancia del celador en el servicio de urgencias. Revista médica electrónica Portales Médicos 2013.
2. Revista. (2021). Funciones del celador en el Servicio de Urgencias. Ocronos-Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-servicio-urgencias/>.

Capítulo 507

AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y FUNCIONES ATENCIÓN AL PACIENTE

MIRIAN GARCIA GARCIA

MERCEDES LATORRE DELGADO

JAIME MERINO HERVAS

ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA

REBECA GONZÁLEZ MARTÍN

1 Introducción

Las funciones de auxiliar administrativo están reguladas en la normativa que a día de hoy está vigente y para ello debemos acudir a la orden de 28 de mayo de 1984 que modifica el Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 1971.

Y según esta orden los auxiliares administrativos se encargan de aquellos trabajos de apoyo material, ejercicios y desarrollo respecto a las tareas administrativas de las instituciones, así como las secretarías de planta y servicios, las de preparación y tramitación de datos para la informática etc.

El personal administrativo está constituido a la llave de acceso de los pacientes prácticamente a los servicios sanitarios, el desempeño de su labor profesional, su comportamiento y su actitud tendrán una influencia notable sobre el grado de satisfacción del paciente y la imagen de la institución.

Las funciones que representa el auxiliar administrativo como el personal estatutario integrante de un equipo multidisciplinar de atención primaria.

Está compuesto por el personal facultativo especialista de medicina familiar y comunitaria, Odontología, Fisioterapia, Trabajo Social, Enfermera, Auxiliar de Enfermería, Celadores del Servicio de la Salud Mental, en los centros de salud pertenecientes al sistema Sanitario Español, más concretamente Servicio de Salud Autonómico.

Otras de las funciones como personal de atención al paciente deben de informar y orientar a los clientes de todas las cuestiones que se pueden plantear, así como realizar trámites administrativos a todos los pacientes que vengan al centro para poder ser atendidos.

2 Objetivos

Exponer las funciones del auxiliar administrativo en la atención al paciente.

3 Metodología

En la resolución del presente documento, he realizado una investigación de las funciones que se realizan en el ámbito administrativo dentro de la Atención Primaria, así como de la normativa vigente, para lo cual he consultado:

- El Boletín Oficial del Estado <https://www.boe.es/>
- Boletines autonómicos: BOPA

4 Resultados

El Servicio Atención Primaria o la atención de urgencias de un hospital el sistema sanitario con el que se encuentra el usuario no es el personal sanitario, sino el personal estatutario de gestión y servicios. Los auxiliares administrativos están esta íntimamente ligada itineraria que ha de recorrer cualquier paciente en el marco de los servicios de salud.

Son muchas las gestiones que corresponden a los auxiliares administrativos:

- Primera cita en Atención Primaria.
- Gestiones de preoperatorio.
- Cita de consultas externas y pruebas de diagnóstico.
- Formalización de ingresos.
- Facilitación de información.

- Inscripciones neonatas en el registro civil.

Aparte de estos trámites se crean también en los Servicios de Atención al Paciente mediante los cuales se ponen a disposición de los usuarios de la sanidad un lugar centralizado donde acudir para canalizar cualquier necesidad que pueda albergar en lo referente a la institución sanitaria.

Los Servicios de Atención al Paciente depende directamente del área de gerencia y desde aquí, entre otras cuestiones, se reciben y derivan al departamento que corresponda las quejas o reclamaciones que plantee el paciente para su resolución. Por las peculiaridades del servicio, el personal debe tener un exhaustivo conocimiento del sistema sanitario, así como de los derechos y obligaciones del paciente.

Por eso un auxiliar administrativo debe tener una serie de capacidades y aptitudes para que el trabajo sea lo más óptimo posible.

- Poder saber y orientar a los usuarios dentro del Sistema General de la Seguridad Social.
- Las personas que no sean habituales que puedan ser atendidos correctamente y poder orientarlos.
- La recepción de usuarios a los servicios de salud.

Los auxiliares administrativos deben ser personas competentes, con alta capacidad de escucha, sea ético, a de mas sepa resolver adecuadamente diferentes situaciones que puedan surgir a lo largo de la jornada de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

La salud es un tema importante siempre en la vida de las personas y cualquier enfermedad es fuente de estrés mental, además de la actitud se ha reconocido cuando alguien supera una oposición para ejercer de auxiliar administrativa en una institución sanitaria es vital importancia la actitud del personal ante el paciente y sus necesidades.

Por eso, los quipos de Gerencia deberían implicarse de manera efectiva para lograr que la atención al paciente sea en condiciones óptimas y desde el primer momento, garantizando y velando una adecuada competencia de los profesionales de la administración y unas condiciones óptimas para poder tener un buen desarrollo en su labor profesional.

6 Bibliografía

1. Carlos, D. J., & de España, R. Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios.

Capítulo 508

AUXILIAR ADMINISTRATIVO MIEMBROS DE EQUIPO DE UNIDAD DE URGENCIAS

MIRIAN GARCIA GARCIA

MERCEDES LATORRE DELGADO

JAIME MERINO HERVAS

REBECA GONZÁLEZ MARTÍN

ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA

1 Introducción

El primer contacto que tiene un enfermo que llega por alguna urgencia es con el auxiliar administrativo y el servicio de Urgencias de centros sanitario está situado siempre en la entrada del personal administrativo que es el primer contacto del usuario con el centro sanitario, por lo que este dependerá la agilización del proceso.

El objetivo general de urgencias es de facilitar el apoyo necesario para mantener el orden y el buen funcionamiento de la Unidad, para también mejorar la comodidad y el bienestar de los pacientes.

Los servicios de urgencias tiene que estar preparado para dar atención primaria de una asistencia urgente en el trabajo hemos analizado todas las funciones que

el personal administrativo realiza en el servicio de urgencias y las opiniones que tiene los distintos profesionales que tienen tanto en la calidad asistencial prestada al paciente como en la organización de este servicio.

El personal administrativo como profesional integrado en equipo multidisciplinar del servicio de urgencias destacamos las siguientes funciones :

- Recoger los datos del paciente.
- Abrir historial clínica o apertura del episodio.
- Indicado el motivo expresado por el paciente o familiar.
- Informar a los familiares sobre cómo deben proceder.
- Localizar la ubicación de los pacientes y familiares de dentro y fuera.
- Gestionar cambio de ubicación del paciente donde sea el ingreso.
- Documentación de traslado o alta.
- Proporcionar información.
- Registro administrativo informático de todo usuario.
- Tramitar la documentación relacionada con situaciones jurídicas.
- Facilitar la realización de reclamaciones a los usuarios.
- Dar cita médica.
- Gestión de búsqueda de historial.
- Atención telefónica.
- Orientar al usuario.

2 Objetivos

Conocer la opinión que tienen los profesionales sanitarios sobre la correcta realización de las funciones del personal administrativo ubicado en el Servicio de Admisión de Urgencias.

Analizar la importancia e influencia que para los profesionales sanitarios tienen las funciones administrativas tanto en la calidad asistencial prestada al paciente como en la organización del Servicio de Urgencias.

3 Metodología

Para realizar esta investigación haremos una revisión literaria y de información en revistas científicas

He obtenido datos a través de internet, como bases de datos de Google y Google académico además de consultar normativas vigentes.

También he revisado páginas como:

- www.asturias.es
- www.hospitalario.es
- www.saludcastillayleon.es

4 Resultados

En el servicio de urgencias esta dividido en zonas como admisión, triaje, cuidados críticos, boxes, sala de espera y observación, y se distribuye de forma eficiente para garantizar una buena atención al paciente.

Las posiciones de los auxiliares administrativos o personal de gestión se recogen con carácter general en la orden de 28 de mayo de 1984, en su artículo 2.d, que señala que las funciones son de apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas y asistenciales de los centros hospitalarios.

Una de las funciones principales de los auxiliares administrativos es pedir la tarjeta sanitaria a los pacientes, tanto si vienen en ambulancia como si llegan por sus propios medios.

A continuación, se les facilitará la historia clínica y pasarán al triaje, donde la enfermera observará y revisará al paciente, detallará la gravedad del mismo y priorizará a cada paciente, clasificándolo como leve, moderado, grave o muy grave.

Los auxiliares administrativos del servicio de urgencias se encargarán de expedir todos los papeles que genere la asistencia a los enfermos, ya sea un parte de lesiones a los juzgados, un accidente laboral o un accidente de tráfico.

Desde la Decisión del Consejo de las Comunidades Europeas 91/396/CEE, de 29 de julio, se establece la obligación de los colegiados de introducir el número de teléfono 112 como llamada de emergencia. Se estableció, por tanto, como número único para atender a los ciudadanos en caso de cualquier tipo de emergencia.

El personal administrativo se encargará de la correcta atención de los pacientes, si son ingresados en la planta de hospitalización, asignándoles habitación y cama con previo aviso a la planta, registrando también el alta de los pacientes y dejando registrado lo que se les ha hecho, así como cumplimentar todo lo relacionado con facturación, compañías de seguros, etc.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta atención del auxiliar administrativo en las unidades de urgencias es muy importante para garantizar que los pacientes reciban un tratamiento adecuado en tiempo real.

El auxiliar administrativo tiene una variedad de labores a lo largo del tratamiento desde la recepción del paciente hasta la asistencia medica y emocional. La profesión de auxiliar administrativa en unidades de urgencias es un trabajo esencial y ofrecen un valioso apoyo que puede marcar punto de diferencia entre la vida y la muerte de los pacientes.

Facilitar el tratamiento e información de forma clara y concreta y actuar conjuntamente con el resto del equipo sanitario para la mejor atención del paciente.

6 Bibliografía

1. Ortiz, C. S., Aguilar, A. R., & Casas, J. M. J. (2000). La organización de una Unidad de Salud Laboral como instrumento eficaz para la prevención en la empresa. *Seminario médico*, 52(1), 85-92.

Capítulo 509

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA INSCRIPCIÓN REGISTRAL DE RECIÉN NACIDOS DESDE EL HOSPITAL

MIRIAN GARCIA GARCIA

MERCEDES LATORRE DELGADO

JAIME MERINO HERVAS

ANA BELÉN CANO LÓPEZ DE LA RICA

REBECA GONZÁLEZ MARTÍN

1 Introducción

Desde octubre de 2015, el sistema de la salud, da la posibilidad de hacer las inscripciones telemáticas en el registro civil de los recién nacidos desde su propio centro de hospitalización, tanto hospitales públicos como privados.

Siguiendo un criterio progresivo de implantación y sin perjuicios de adopción de las medidas oportunas contundentes al mismo objetivo por parte de hospitales del sector privado, para que el servicio pueda estar incluido de forma obligatoria. De esa manera se logran ciertas ventajas como economizar el tiempo y lograr una rapidez a la hora de realizar la gestión de los trámites en beneficio de los padres.

Son los trámites cuando nace un hijo que hay que realizar en trámites administrativos, la mayoría de los trámites hoy en día se pueden realizar con el DNI

electrónico, certificado digital, internet o usuario clave o presencialmente mediante cita electrónica.

Estos son algunos de los trámites:

- Inscribir al recién nacido en el registro civil del en que se produzca el nacimiento.
- Dar de alta al bebe en la seguridad social
- Asignarle un pediatra.

Que se entiende como inscripción de nacimiento es el asiento registral que da fe del hecho del nacimiento, fecha, hora, lugar, identidad, sexo del nacimiento.

2 Objetivos

Las diferentes funciones que tiene un auxiliar administrativo para la inscripción del registro civil del recién nacido para que desarrollar y llevar acabo un correcto trabajo dentro del servicio del hospitalario con su documentación correspondiente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 registro hospitalario consiste en la conexión de un hospital con las oficinas del registro civil para poder realizar el registro de nacimientos en las instalaciones del hospital.

La implementación de este sistema puede variar según la estructura y legislación de cada país, pudiendo crear una oficina de registro civil en el área de maternidad del hospital o conectar en línea el sistema electrónico del hospital con el registro civil municipal o centralizado.

Este enfoque se utiliza en muchos países para reducir el subregistro de nacimientos de manera permanente. Se recomienda mejorar las tasas de registro de nacimientos integrando el registro con los servicios de salud, ya que ambos son derechos de los niños y responsabilidad de las autoridades.

Esta estrategia busca facilitar el acceso al registro para garantizar la identidad y derechos de los recién nacidos.

A continuación nombramos trámites y aspectos principales de la tramitación son las siguientes:

- El auxiliar administrativo precisará la siguiente documentación para ser digitalizada:

1. D.N.I., N.I.E. o pasaporte de la madre y padre o bien de la persona solicitante si no fuese ninguno de ellos.

2. El parte de nacimiento firmado pro el facultativo que hubiese asistido al parto, quien bajo responsabilidad debe haber tomado las precauciones necesarias asegurar la correcta identificación del recién nacido.

- La comunicación telemática al registro civil se llevará a cabo conforme al principio de gratuidad de todas las actuaciones y de la misma se encargan los auxiliares administrativos debidamente autorizados y autenticados mediante claves concertadas a efectos de garantizar la seguridad del proceso disponible como entorno físico o bien oficinas habilitadas para atención al usuario o bien se pueden realizar a través del servicio de administración del centro hospitalario y ajustándose a la normativa sobre la protección de datos y secreto profesional.

- El plazo máximo legal para comunicar el nacimiento es de 72 horas y si no se lleva a cabo deberá y será necesario presentarse en el registro civil.

- Otros de los trámites importantes que nos se debe retrasar es darle de alta en Seguridad Social para poder asignarle un pediatra, para poder hacer su primera revisión medica al poco tiempo de haber recibido el alta hospitalaria. Para ellos se necesita una serie de documentación, el certificado de la inscripción en el registro civil, la tarjeta sanitaria del titular con el que se vaya a poner el recién nacido, se puede poner como beneficiario cualquiera de los dos, salvo que no esté afiliado a la Seguridad Social.

Estos tramiten debe realizarse quien se vaya a poner de beneficiario al recién nacido con su tarjeta sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

El Sistema Sanitario brinda, la disponibilidad de realizar la inscripción telemática de los recién nacidos en el Registro Civil, tanto desde hospitales públicos como privados, siguiendo un criterio progresivo de implantación y sin perjuicio de la adopción de las medidas oportunas conducentes al mismo objetivo por parte de los hospitales del sector privado, buscando así que sea un servicio que deba incluirse con carácter obligatorio.

Las inscripciones de los recién nacidos en los Hospitales de un Auxiliar Administrativo:

1- La nueva normativa evitará que los padres deban desplazarse al Registro Civil en el plazo de ocho días después del parto para inscribir a los recién nacidos. El hospital les facilitará un certificado de nacimiento oficial, al igual que si lo expidiera el Registro civil, para que puedan cumplimentar la inscripción.

2- Sin embargo, la medida sobre la inscripción de los recién nacidos se implantará de forma progresiva, por el momento, la novedad se aplicará en un centro médico de referencia en cada comunidad autónoma.

3- Los hospitales identificarán al recién nacido y comprobarán su filiación materna, tomando las huellas plantares del bebé y las dactilares de las madres. Estos datos se adjuntarán al parte de nacimiento con firma del médico para realizar la inscripción, en principio mientras el personal médico no disponga de certificado de firma electrónico firmará a mano y se espera que en el futuro puedan hacerlo digitalmente.

4- Tras la inscripción, quedará pendiente la inclusión del niño en el Libro de Familia, trámite que deberán realizar los padres con posterioridad en el Registro Civil.

Una vez realizada la inscripción, se devuelven los documentos originales aportados por los interesados y se agrega un justificante a los documentos originales como que se ha realizado ese trámite y posteriormente recibirá por correo electrónico u ordinario la certificación registral de nacimiento con plena validez a todos los efectos.

6 Bibliografía

1. López, F. M. C. (2016). Ley 19/2015, de 13 de julio, de medidas de reforma administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y del Registro Civil: aspectos civiles [BOE n.º 167, de 14-VII-2015]. AIS: *Ars Iuris Salmanticensis*, 4(1), 237-241.

Capítulo 510

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN HIGIENE BUCODENTAL EN LA SENSIBILIDAD DENTAL EN ADULTOS CON ENFERMEDAD PERIODONTAL.

FRANCISCA GONZÁLEZ BLESÁ

GEMMA SANCHEZ LOPEZ

FÁTIMA LÓPEZ GONZÁLEZ

SONIA GUIJARRO MORENO

NEREIDA CABEZAS BELTRÁN

1 Introducción

La sensibilidad dental en adultos con enfermedad periodontal es un fenómeno común y, a menudo, incómodo. La enfermedad periodontal, que incluye la gingivitis y la periodontitis, implica la inflamación y daño a los tejidos que rodean los dientes, como las encías y el hueso alveolar. Esta inflamación puede exponer las partes sensibles de los dientes, como los conductos dentinarios, lo que lleva a la sensibilidad dental.

La sensibilidad dental se manifiesta como un dolor agudo y punzante al consumir alimentos o bebidas calientes, frías, dulces o ácidas, o al cepillarse los dientes. En

pacientes con enfermedad periodontal, esta sensibilidad puede ser más pronunciada debido a la exposición de la dentina, que es una capa de tejido por debajo del esmalte dental y que contiene terminaciones nerviosas.

Para aliviar la sensibilidad dental en adultos con enfermedad periodontal, es crucial mantener una buena higiene oral y recibir tratamiento adecuado para la enfermedad periodontal. El odontólogo puede recomendar el uso de pastas dentales y enjuagues bucales diseñados para reducir la sensibilidad y proporcionar alivio. Además, es fundamental evitar el cepillado dental agresivo y usar cepillos de cerdas suaves para prevenir el daño adicional a las encías.

La sensibilidad dental en adultos con enfermedad periodontal es un síntoma común que puede ser tratado y aliviado mediante una adecuada atención dental y el seguimiento de las recomendaciones del odontólogo. La gestión efectiva de la enfermedad periodontal y la sensibilidad dental contribuirá a una mejor calidad de vida y salud oral para estos pacientes.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones del higienista bucodental en pacientes con sensibilidad dental.

3 Metodología

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

4 Resultados

El técnico de higiene bucodental juega un papel esencial en la atención a adultos con sensibilidad dental debido a la enfermedad periodontal. Su función se centra en proporcionar cuidados y educación que ayuden a aliviar la sensibilidad dental y a prevenir su recurrencia. Aquí se describen algunas de sus funciones clave:

- Evaluación inicial: El técnico realiza una evaluación exhaustiva de la salud bucodental del paciente, incluyendo la identificación de signos de enfermedad periodontal y sensibilidad dental. Esto implica la revisión de la historia clínica del paciente y la realización de pruebas clínicas, como la medición de la profundidad de las bolsas periodontales.
- Educación y asesoramiento: Proporcionar información al paciente sobre la sensibilidad dental y su relación con la enfermedad periodontal. Explicar las posibles causas, como la exposición de la dentina, y orienta al paciente sobre las medidas preventivas y el manejo adecuado.
- Instrucciones de higiene oral: Enseñar al paciente técnicas de cepillado y uso de hilo dental suaves y efectivas que ayuden a mantener una buena higiene bucal y a prevenir la acumulación de placa y sarro, lo que puede agravar la sensibilidad dental.
- Tratamientos desensibilizantes: Colabora con el odontólogo para aplicar tratamientos desensibilizantes, como barnices o geles de flúor y selladores dentales, que ayudan a reducir la sensibilidad y protegen las superficies dentales expuestas.
- Profilaxis dental: Realizar procedimientos de limpieza profesional, incluyendo la eliminación de placa y cálculos dentales, para mejorar la salud periodontal y reducir la inflamación gingival que puede contribuir a la sensibilidad.
- Seguimiento y mantenimiento: Programar citas regulares de seguimiento para controlar la respuesta del paciente al tratamiento y realizar ajustes si es necesario. Además, fomenta la importancia de mantener una atención dental continua.
- Derivación y colaboración: Si el paciente presenta complicaciones adicionales o necesita tratamientos específicos, el técnico de higiene bucodental colabora estrechamente con el odontólogo y otros profesionales de la salud bucal para garantizar una atención integral.

El técnico de higiene bucodental desempeña un papel fundamental en el alivio y la prevención de la sensibilidad dental en adultos con enfermedad periodontal. Su enfoque en la educación, la higiene oral adecuada y la colaboración con el equipo dental contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a mantener su salud oral en óptimas condiciones.

5 Discusión-Conclusión

Para adultos con sensibilidad dental debido a la enfermedad periodontal, es fundamental seguir una rutina de higiene oral meticulosa y adoptar medidas específicas para aliviar el malestar.

En primer lugar, es esencial que el paciente mantenga una estricta adherencia a las prácticas de higiene oral. Aconsejo el uso de un cepillo de dientes de cerdas suaves y una pasta dental diseñada para dientes sensibles. Además, la seda dental o cepillos interdetales deben utilizarse con cuidado para evitar el daño a las encías.

Se recomienda evitar alimentos y bebidas extremadamente calientes o frías, ya que pueden desencadenar la sensibilidad dental. Asimismo, sugiero limitar el consumo de alimentos ácidos y azucarados que puedan dañar el esmalte dental.

Finalmente, es crucial que el paciente mantenga una comunicación constante con su odontólogo y su técnico en higiene bucodental. Juntos, pueden adaptar un plan de tratamiento personalizado que incluya visitas regulares para el control y el seguimiento de la sensibilidad dental.

Una adecuada higiene oral, la elección de productos específicos para dientes sensibles y la colaboración estrecha con profesionales de la salud bucal son clave para el manejo exitoso de la sensibilidad dental en adultos con enfermedad periodontal.

6 Bibliografía

1. Ochoa Sanchez, A. A. (2021). Influencia de un programa educativo preventivo de salud bucal en la higiene oral, utilizando como ayuda educativa funciones teatrales.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 511

EL CELADOR ANTE LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

ANTONIO BRENES SAUCEDA

MARIA TERESA GARCIA RODRIGO

RICARDO BRENES SAUCEDA

1 Introducción

La comunicación consiste en la transmisión e intercambio de mensajes entre una persona que emite el mensaje (emisor) y otra que lo recibe (receptor).

La comunicación es crucial para la vida en común: nos permite expresarnos y compartir sentimientos, información de todo tipo entre nosotros, establecer relaciones, llegar a acuerdos y nos posibilita la organización entre todos.

La comunicación es un proceso social por el que se intercambia información, sentimientos, ideas entre dos o más personas. El sistema sanitario tiene como prioridad y compromiso la humanización de todo proceso que se lleve a cabo en su seno. Este proceso ha de hacerlo realidad el conjunto de profesionales de cada servicio.

En la actualidad, para los trabajadores sanitarios y no sanitarios, como son los celadores, es muy adecuado que además de las competencias profesionales que puedan adquirir, posean aptitudes comunicativas, empáticas y habilidades sociales. Una formación humana que les sirva para relacionarse en el entorno de trabajo y les habilite para realizar su labor de la mejor forma posible y con el máximo de eficacia desde el punto de vista de la satisfacción del paciente.

La figura del celador en este campo se puede considerar necesaria y esencial de cara al paciente, debido al estrés que este suele sufrir, un movimiento tranquilizador y amable dentro de lo posible es reconfortante y agradecido ante un paciente con incertidumbre.

2 Objetivos

- Describir los elementos de la comunicación y los estilos comunicativos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 comunicación se diferencian varios elementos:

- Emisor, persona que envía el mensaje.
- Receptor, persona que recibe el mensaje
- Mensaje, información proporcionada por el emisor y que es elaborado a través de un código.

Es posible encontrar barreras en la comunicación que pueden ser personales, físicas o semánticas. Las primeras se encuentran en la propia persona, influenciada por sus emociones, malos hábitos, valores. Las segundas se dan en el ambiente donde se desarrolla la comunicación, como por ejemplo, ruidos. Las últimas se refieren a las diferencias en la interpretación del mensaje cuando a veces el significado de las palabras no es el mismo para quien emite que para quien lo recibe. Hay diferentes estilos de comunicación:

- Agresivo: donde las ideas expresadas de forma directa, sin respetar a los demás, se agreden los derechos de los demás con tal de defender los propios.
- Inhibido: la manifestación de los sentimientos es indirecta, se caracteriza por la sumisión, la falta de atrevimiento. Este estilo complica la consecución de los objetivos.

- Asertivo: dentro de los tres, el más acertado es el estilo asertivo, donde el individuo expresa sus opiniones pero intentando no incomodar y ofender al otro.

Otro factor importante en la comunicación es la escucha activa. No es suficiente con oír, hay que comprender e interpretar bien el mensaje. Es igual de importante saber hablar y saber escuchar a los demás. Es importante seguir unas normas, por ejemplo, amabilidad con el paciente, mantener un contacto visual, usar un tono de voz adecuado, no interrumpir mientras la otra persona está hablando. No hacer juicios de valor sobre los posibles comentarios del paciente, intentar no llevar la contraria al paciente.

Mediante la escucha pasiva, el celador demuestra que ha comprendido y entendido el mensaje a través de gestos como una sonrisa, etc.

El celador debe mantener una actitud de respeto frente al paciente, intentar ganarse su confianza.

Por parte del celador es necesario conocer el entorno del paciente, estar atento, facilitar la comunicación con este, no interrumpirlo, el enfermo no debe notar indiferencia en los celadores, el tono debe ser agradable y tener en cuenta las necesidades del mismo.

5 Discusión-Conclusión

Los pequeños detalles ayudan a la humanización (un gesto amable, una palabra oportuna, aunque no sea más que eso, crear un ambiente relajado dentro de lo que las circunstancias lo permitan) más que grandes inversiones económicas, aunque también por supuesto, son necesarias. La mejora en la ciencia debe ir acompañada con un trato humano y cálido. La buena comunicación ayuda a dar calidad y mejorar las prestaciones hacia el paciente.

Transmitir los mensajes al enfermo de forma clara influirá en un mejor estado de este. El paciente necesita ser escuchado, busca en el profesional no solo una asistencia terapéutica sino afectiva, cercanía, empatía, implicación e incluso también consuelo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 512

EL CELADOR EN (UCI) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARIA TERESA GARCIA RODRIGO

RICARDO BRENES SAUCEDA

ANTONIO BRENES SAUCEDA

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o Vigilancia Intensiva (UVI) Se define como el servicio permanente que permite detectar instantáneamente cualquier cambio en el equilibrio del paciente y modificar rápidamente la terapéutica en función de las necesidades. En esta unidad de cuidados intensivos o vigilancia Intensiva se recepciona, observa y trata al paciente por personal y material muy especializado, ya que los pacientes llegan en un estado grave o crítico y precisan una atención continuada y de tratamientos muy intensivos.

Los enfermos en esta unidad, por sus características, precisan que se les manipule con extremado cuidado y sin brusquedades, es por ello que los celadores destinados aquí habrán de estar muy bien preparados para manipular a estos enfermos con todo el cuidado que precisan. Así también deberán tener un cuidado especial con sus uniformes, con batas asépticas cada vez que entren o salgan. El cuidado que se le presta a estos pacientes debe estar programado desde una perspectiva integral. Así pues, ha de cumplir unos estándares de calidad excelentes en todos sus aspectos, es decir, así como una perfecta coordinación entre todos los profesionales que integran el equipo que prestará sus servicios en esta unidad para

llevar a cabo todo el trabajo necesario, así como las condiciones de la infraestructura. Algo importante que hay que tener en cuenta también es el adiestramiento del celador en el conocimiento de las posiciones del enfermo como “decúbito supino, de espaldas”, “decúbito prono, boca abajo”, “decúbito lateral, de costado”.

2 Objetivos

- Describir funciones del celador en el servicio de cuidados intensivos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador en esta unidad intentará seguir las pautas generales de actuación y las más concretas de esta unidad, marcadas por las circunstancias del paciente a tratar. Siempre con las pautas indicadas por el personal de mayor rango.

1. Traslado de los enfermos, acompañado del médico o algún otro profesional si lo requiere las circunstancias del paciente, para realizarle pruebas diagnósticas que no puedan realizarse en la UCI (por ejemplo: TAC), siendo el responsable de la colocación de la botella de oxígeno en el sitio correcto de la cama y bajo la supervisión del enfermero, manipulándola correctamente al abrirla o cerrarla.
2. Involucrarse con el personal de enfermería a la hora de cambiar de postura a los pacientes.
3. Otra obligación del celador será el ayudar en el aseo y lavado de los pacientes.
4. También está dentro de sus obligaciones la vigilancia del acceso al servicio, supervisando siempre que el horario de las visitas sean las correctas, así como el correcto atuendo de los familiares: calzas, batas, gorros y todo lo que sea necesario...
5. Trasladar los aparatos portátiles de Rayos X (RX) a los boxes que lo requieran, así como ayudar al técnico de RX a mover al paciente para realizarles las pruebas necesarias.

6. También está dentro de sus obligaciones el avisar tras las indicaciones del médico, a los familiares autorizados, y siempre con las precauciones debidas.

7. Ayudar al personal que se ocupa de amortajar a los cadáveres, así como trasladarlos al mortuario.

8. Como regla general, ayudar en todos los trabajos propios del celador que le ordenen sus superiores.

El celador es un refuerzo al personal de la Unidad, por tanto, su preparación debe ser la idónea para llevar a cabo esa misión de refuerzo al personal de la unidad. Debe controlar de forma eficaz los de cambios posturales a los enfermos, ya que estos tienen que ser movilizados con sumo cuidado para que su estado no empeore.

El celador, aparte de todo lo anterior, debe tener un trato empático con el paciente, debido a la gravedad que suelen tener las patologías de estos pacientes y la repercusión anímica que esta gravedad produce en ellos, intentando hacerles lo menos traumática posible su estancia en la unidad.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe tener en cuenta que cada hospital marca sus propias pautas en cada unidad, aunque hay unas líneas generales que se cumplen en todos. Así pues, el celador se preocupará de informarse de las peculiaridades de la unidad para prestar sus servicios con la mayor eficacia posible en el menor tiempo de adaptación que se pueda.

Incumplir estas sencillas normas, puede acarrear un perjuicio a la unidad y concretamente y más gravemente al paciente. Por eso, el celador ha de estar atento a todo los posibles cambios en la normativa de actuación del hospital donde presta sus servicios y más concretamente a la unidad a la que pertenece.

6 Bibliografía

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

Capítulo 513

EL CELADOR EN ANATOMÍA PATOLÓGICA: FUNCIONES PRINCIPALES

MARÍA JOSE ARROYO RIVERA

AMANDA PEÑA VALLE

BELÉN MORENO FLORES

ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN

DALILA CATALÁN CORDERO

1 Introducción

Cuando se habla de profesionales que prestan sus servicios en centros hospitalarios, solemos obviar al celador, ya que desde fuera, parece que solo se encarga del traslado de pacientes de unas partes a otras de los hospitales.

A menudo pasando desapercibido pero indispensable, el celador es un eslabón fundamental en el equipo multidisciplinario de salud que trabaja en el laboratorio de anatomía patológica. Su labor abarca diversas responsabilidades que contribuyen significativamente a garantizar la eficacia y la seguridad en este entorno altamente especializado.

Tiene unas funciones generales, pero según el servicio o unidad donde trabaje, tiene unas específicas, incluso únicas. De todas ellas, debe ser conocedor para poder realizar su trabajo de una forma eficaz.

En anatomía patológica, se estudian tejidos y órganos bajo el microscopio para diagnosticar enfermedades y determinar su naturaleza y gravedad.

Esto incluye la identificación de tumores, infecciones, cambios celulares anormales y otras alteraciones patológicas que ayudan en la toma de decisiones médicas.

También se encargan de la realización de autopsias, para determinar la causa del fallecimiento de las personas.

En esta unidad las medidas higiénica sanitaria, son de vital importancia para evitar la contaminación y que los resultados finales sean los correctos y lo más fiables posible.

2 Objetivos

- Enumerar y explicar brevemente las funciones principales del celador en el servicio de Anatomía Patológica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

Funciones y responsabilidades del celador en Anatomía Patológica:

Recepción y manejo de muestras:

El celador es el encargado de recibir las muestras de tejido y órganos que llegan al laboratorio de Anatomía Patológica. Esto implica la verificación de la documentación correspondiente, la identificación adecuada de las muestras y su adecuado almacenamiento hasta su procesamiento.

Asistencia en autopsias:

Durante las autopsias, el celador juega un papel importante al preparar el área, garantizar la disponibilidad de instrumentos y ayudar al patólogo en la manipulación del cuerpo. Su presencia contribuye a mantener un ambiente organizado

y seguro. Se encarga también del traslado del fallecido y de su aseo y relleno de partes huecas para que tenga buena presencia frente a la familia.

Transporte y gestión de material biológico:

El celador se encarga de transportar muestras y material biológico entre diferentes áreas del laboratorio, asegurándose de que estén debidamente etiquetados y almacenados de acuerdo con los protocolos de seguridad.

Mantenimiento de la sala y equipos:

La limpieza y desinfección de la sala de anatomía patológica es fundamental, y el celador desempeña un papel activo en este aspecto. También colabora en el mantenimiento de los equipos, asegurando que estén en buen estado de funcionamiento. De él depende, en gran manera, la seguridad higiénica del proceso en la siguiente intervención.

Apoyo logístico: El celador proporciona apoyo logístico al equipo médico y técnico, asegurando que tengan acceso a los instrumentos y materiales necesarios para llevar a cabo sus tareas de diagnóstico y análisis de muestras.

Manejo de residuos peligrosos:

La disposición segura de residuos biológicos y químicos es de suma importancia en anatomía patológica. El celador se asegura de que se sigan los procedimientos adecuados para la eliminación de estos materiales, contribuyendo así a la seguridad ambiental.

5 Discusión-Conclusión

El celador del servicio de Anatomía Patológica desempeña un papel esencial pero a menudo subestimado en el diagnóstico y estudio de enfermedades. Su labor abarca una variedad de responsabilidades que son cruciales para el funcionamiento eficiente y seguro del laboratorio. El celador, al garantizar la recepción adecuada de muestras, el manejo de material biológico, la limpieza y desinfección, y la asistencia en autopsias, contribuye significativamente a la misión de proporcionar diagnósticos precisos y apoyar la investigación médica. Su dedicación y atención meticulosa a los detalles son esenciales en este entorno altamente especializado de la medicina. Su trabajo en Anatomía Patológica, puede llegar a afectarle en su salud psicológica, por lo que debe estar atento a posibles síntomas de ansiedad o depresión.

6 Bibliografía

1.<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/funciones-del-celador-en-la-sala-de-autopsias/>

”Funciones del celador en la sala de autopsias”.

2.29 junio, 2023 <https://revistamedica.com/labor-profesional-celador-sala-necropsias/>

Ocronos. Vol. VI. N° 3–Marzo 2023. Pág. Inicial: Vol. VI; n°3: 167.

Capítulo 514

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: SANCIONES Y PENAS POR ATENTAR CONTRA LA LEY DE DATOS

GONZALO RUÍZ GARCÍA

NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ

MIRIAM MEGÍAS RUÍZ

PATRICIA RUÍZ GARCÍA

1 Introducción

La categoría profesional de Auxiliar Administrativo que presta sus servicios en centros hospitalarios, es en general, la primera persona con la que nos encontramos al acudir a solicitar o recibir asistencia sanitaria.

De hecho, es la persona que registra nuestros datos y nos da la entrada a dicha asistencia.

Por ello tiene a su alcance y maneja una gran cantidad de datos, tanto personales como de salud y asistenciales, de todas las personas inscritas en los servicios de salud.

La (cito) "Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales" en España, establece un marco legal riguroso para garantizar la privacidad y seguridad de los datos personales de los ciudadanos.

Esta ley se aplica a todas las personas y organizaciones que tratan datos personales, incluyendo a los auxiliares administrativos hospitalarios.

El incumplimiento de las disposiciones de esta ley puede dar lugar a sanciones y penas que varían en función de la gravedad de la infracción.

El declarar no ser conocedor de una ley, no exime del cumplimiento de la misma, ni de recibir sanciones o penas en caso de no respetarla.

El Auxiliar Administrativo debe ser conocedor de las leyes a respetar y del régimen disciplinario al que está acogido.

2 Objetivos

Exponer las sanciones y penas que puede recibir el Auxiliar Administrativo que trabaja en centros hospitalarios, en caso de cometer infracciones contra los datos de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Sanciones y penas a las que un Auxiliar Administrativo hospitalario podría enfrentarse en caso de violar la Ley de Protección de Datos.

Amonestación o advertencia:

En casos de infracciones leves o cuando sea la primera vez que se comete una infracción, es posible que la Agencia Española de Protección de Datos emita una amonestación o advertencia al infractor.

Esto sirve como una llamada de atención y una oportunidad para corregir la situación.

Multas administrativas:

La Ley de Protección de Datos establece multas económicas que pueden imponerse a los responsables de las infracciones.

Las multas pueden variar desde 900 euros hasta 600.000 euros, dependiendo de la gravedad de la infracción y de factores como el volumen de datos afectados, el impacto en los derechos de los titulares de datos y la intencionalidad.

Inhabilitación:

En casos graves de incumplimiento, la AEPD puede imponer una pena de inhabilitación temporal o permanente para el ejercicio de la profesión o actividad que implique el tratamiento de datos personales.

Esta medida puede tener un impacto significativo en la carrera y empleabilidad del infractor.

Indemnización de daños y perjuicios:

Cuando una infracción de la ley cause daños o perjuicios a los titulares de datos, el infractor puede ser requerido para compensar económicamente a las víctimas por los daños sufridos.

Revisión y supervisión continua:

Además de las sanciones mencionadas, las organizaciones y profesionales que tratan datos personales pueden estar sujetos a medidas de revisión y supervisión continua por parte de la AEPD. Esto implica un escrutinio detallado de sus prácticas y políticas de protección de datos.

Es importante destacar que la gravedad de la sanción se determina considerando factores como la naturaleza de la infracción, la cantidad de datos afectados, la existencia de intencionalidad, la colaboración con las autoridades, entre otros.

Además, la Ley de Protección de Datos establece plazos de prescripción para las sanciones, lo que significa que algunas infracciones pueden prescribir después de cierto tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos hospitalarios desempeñan un papel importante en la gestión de datos de pacientes y deben tomar precauciones para cumplir con la ley, incluyendo el respeto de los principios de privacidad y seguridad de datos. Esto implica el acceso limitado a la información, la adopción de medidas de seguridad, la formación en protección de datos y el cumplimiento de las directrices establecidas por la organización de salud en la que trabajan.

En conclusión, el incumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales puede dar lugar a sanciones

y penas significativas para los auxiliares administrativos hospitalarios. Es esencial que estos trabajadores sean plenamente conscientes de sus responsabilidades en cuanto a la protección de datos y tomen las medidas necesarias para cumplir con la legislación vigente y salvaguardar la privacidad y seguridad de la información de los pacientes.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-tratamiento-datos/>
Ocronos. Vol. IV. N° 12–Diciembre 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; n°12:290 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
"Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales".

Capítulo 515

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO: ESTRATEGIAS PARA EVITAR LA FATIGA VISUAL.

GONZALO RUÍZ GARCÍA

PATRICIA RUÍZ GARCÍA

NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ

MIRIAM MEGÍAS RUÍZ

1 Introducción

La fatiga visual, también conocida como astenopia, es un término que se utiliza para describir un conjunto de síntomas y molestias relacionados con el esfuerzo y la tensión visual prolongada. Este fenómeno es común en personas que realizan tareas que requieren una concentración visual intensa durante largos períodos de tiempo, como trabajar frente a pantallas luminosas, como es el caso de la categoría profesional de auxiliar administrativo que presta sus servicios en centros hospitalarios. Los síntomas de la fatiga visual pueden variar de una persona a otra, pero suelen incluir:

Dolor de cabeza:

La tensión en los músculos oculares y del cuello puede desencadenar dolores de cabeza.

Ojos secos:

La falta de parpadeo regular cuando se enfoca en una pantalla o un libro puede llevar a la sequedad ocular y la irritación.

Visión borrosa:

La dificultad para enfocar objetos de cerca o de lejos puede causar visión borrosa temporal.

Fatiga ocular:

Sensación de cansancio en los ojos, a menudo descrita como una sensación de pesadez o ardor en los párpados.

Sensibilidad a la luz:

Mayor sensibilidad a la luz, especialmente después de un largo período de exposición a pantallas brillantes.

Dificultad de concentración:

Dificultad para mantener la concentración en una tarea visual durante un tiempo prolongado.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las estrategias para la prevención de la fatiga visual en el auxiliar administrativo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los síntomas de la fatiga visual pueden variar de una persona a otra, pero suelen incluir:

- Dolor de cabeza: La tensión en los músculos oculares y del cuello puede desencadenar dolores de cabeza.
- Ojos secos: La falta de parpadeo regular cuando se enfoca en una pantalla o un libro puede llevar a la sequedad ocular y la irritación.

- Visión borrosa: La dificultad para enfocar objetos de cerca o de lejos puede causar visión borrosa temporal.
- Fatiga ocular: Sensación de cansancio en los ojos, a menudo descrita como una sensación de pesadez o ardor en los párpados.
- Sensibilidad a la luz: Mayor sensibilidad a la luz, especialmente después de un largo período de exposición a pantallas brillantes.
- Dificultad de concentración: Dificultad para mantener la concentración en una tarea visual durante un tiempo prolongado.

Las estrategias para evitar la fatiga visual son:

- Descansos regulares: Realizar pausas breves durante la jornada laboral es crucial. La regla "20-20" es útil: cada 20 minutos, mirar a una distancia de al menos 6 metros durante 20 segundos. Esto ayuda a relajar los músculos oculares y a reducir la tensión visual.
- Adecuada iluminación: Mantener un nivel de iluminación adecuado en el área de trabajo es fundamental. Evitar el deslumbramiento directo en las pantallas y utilizar luces de ambiente suaves que no causen reflejos en la pantalla. Esto es responsabilidad de las gerencias hospitalarias, según los estudios que debe realizar el servicio de Salud Laboral de los hospitales.
- Posición de la pantalla: Colocar la pantalla del ordenador a la altura de los ojos y a una distancia de aproximadamente 50-60 centímetros del rostro. Ajustar el ángulo de visión para evitar inclinaciones excesivas hacia arriba o hacia abajo. En los centros hospitalarios, un mismo puesto laboral es ocupado por varios empleados en los diferentes turnos, con lo cual, cada uno de ellos debería adaptarlo al empezar su jornada.
- Parpadeo frecuente: Recordar parpadear regularmente, ya que el parpadeo ayuda a mantener los ojos hidratados. El uso de lágrimas artificiales puede ser beneficioso si se tiende a tener ojos secos.
- Uso de pantallas antirreflejo: Si es posible, utilizar pantallas antirreflejo o filtros en las pantallas de computadora para reducir el deslumbramiento y la fatiga ocular. También es responsabilidad de las gerencias hospitalarias.
- Ajuste de la resolución y el contraste: Configurar la resolución y el contraste de la pantalla de manera que el texto y las imágenes sean nítidos y de fácil lectura. También es cada trabajador el que debe adaptar las pantallas a su forma, cada vez que inicia su labor.

- Ergonomía: Mantener una postura ergonómica en la silla y la mesa de trabajo puede ayudar a reducir la tensión en el cuello y la espalda, lo que a su vez puede aliviar la fatiga visual.
- Lentes correctivas: Si se requieren lentes correctivos (gafas o lentillas), asegurarse de que la prescripción esté actualizada y de usar lentes que estén diseñados para el trabajo frente a pantallas luminosas, si es necesario.
- Hidratación y nutrición: Mantenerse bien hidratado y llevar una dieta equilibrada que incluya alimentos ricos en antioxidantes, como frutas y verduras, puede ayudar a mantener la salud ocular en general.
- Exámenes oftalmológicos regulares: Realizar exámenes oftalmológicos de rutina para detectar cualquier problema visual y garantizar que la prescripción de lentes esté actualizada.
- Reducción del brillo: Configurar la pantalla para reducir el brillo y la luz azul emitida, especialmente durante las horas de trabajo nocturnas, para minimizar la fatiga visual. Tarea del empleado.
- Ambiente de trabajo libre de distracciones: Mantener el lugar de trabajo organizado y libre de distracciones innecesarias para concentrarse mejor en las tareas y reducir la tensión visual. Tarea difícil en los centros hospitalarios, debido a su actividad.

5 Discusión-Conclusión

La fatiga visual es un problema que puede afectar la comodidad y el rendimiento de los auxiliares administrativos hospitalarios, que pasan mucho tiempo frente a pantallas y realizando tareas visuales exigentes. La adopción de buenas prácticas, como tomar descansos regulares, mantener una iluminación adecuada y seguir las recomendaciones ergonómicas, puede ayudar a prevenir y aliviar la fatiga visual, contribuyendo así a una jornada de trabajo más cómoda y saludable. Las gerencias hospitalarias deberían prestar atención continua a estos aspectos y ofrecer a sus trabajadores las herramientas necesarias y actualizadas, ya que es la responsable de salvaguardar la salud laboral de todos sus trabajadores

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/fatiga-ocular-causas-sintomas-soluciones/>.
2. <https://revistamedica.com/fatiga-visual-personal-no-sanitario/>.

Capítulo 516

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO Y LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO.

GONZALO RUÍZ GARCÍA

PATRICIA RUÍZ GARCÍA

NOEMÍ MEGÍAS RUÍZ

MIRIAM MEGÍAS RUÍZ

1 Introducción

El síndrome del túnel carpiano es una afección que ha sido reconocida y documentada durante varios siglos, pero su comprensión y diagnóstico han evolucionado a lo largo del tiempo. Se cree que los síntomas del síndrome del túnel carpiano se describieron por primera vez en textos médicos de la antigüedad, aunque no se tenía un entendimiento claro de su causa en ese momento. Los médicos antiguos a menudo lo relacionaban con la fatiga o el uso excesivo de las manos.

En el siglo XVII, un médico llamado Job van Meekeren describió por primera vez el concepto de "entumecimiento nocturno" en las manos en un libro sobre cirugía. Aunque no comprendía completamente la causa, su descripción se asemejaba a los síntomas del síndrome del túnel carpiano.

En el siglo XIX, el médico británico Sir James Paget proporcionó una descripción más precisa del síndrome del túnel carpiano y lo relacionó con la compresión del nervio mediano en la muñeca.

El término "síndrome del túnel carpiano" fue acuñado en la década de 1930. A lo largo del siglo XX, se desarrollaron técnicas de diagnóstico más avanzadas, como la electromiografía, que permitieron una evaluación más precisa de la función nerviosa en la muñeca.

En la actualidad, la comprensión del síndrome del túnel carpiano ha avanzado considerablemente. Se ha determinado que en la actualidad el crecimiento de esta afección, se debe a la escritura sobre teclados, siendo el Auxiliar Administrativo hospitalario, una de las categorías profesionales que lo sufren con más frecuencia.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los síntomas que puede desarrollar el auxiliar administrativo con el síndrome del túnel metacarpiano.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los auxiliares administrativos hospitalarios, debido a la naturaleza de su trabajo, pueden estar en riesgo de desarrollar síntomas del síndrome del túnel carpiano, una afección que afecta la muñeca y la mano debido a la compresión del nervio mediano en el túnel carpiano. Aunque sus tareas principales no implican actividades físicamente exigentes, la realización de tareas administrativas repetitivas puede aumentar el riesgo de desarrollar síntomas. Entre ellos se encuentran:

- Dolor y molestias: El dolor en la muñeca y la mano es uno de los síntomas más frecuentes. Puede variar en intensidad desde un dolor leve hasta un dolor agudo y punzante. Este dolor a menudo se irradia hacia el antebrazo.
- Hormigueo y entumecimiento: Los pacientes pueden experimentar una sensación de hormigueo o entumecimiento en los dedos, en particular en los dedos pulgar, índice, medio y anular. Esta sensación puede ser persistente o intermitente.

- Debilidad: La debilidad en la mano afectada puede hacer que sea difícil agarrar objetos pequeños o realizar tareas que requieran fuerza. Los auxiliares administrativos pueden notar dificultades para sostener documentos, escribir con precisión o utilizar herramientas como grapadoras y perforadoras.
- Sensación de ardor: Algunas personas describen una sensación de ardor en la mano o los dedos afectados, que puede ser especialmente molesta durante la realización de tareas administrativas.
- Agravamiento nocturno: Los síntomas del síndrome del túnel carpiano a menudo empeoran durante la noche, lo que puede interrumpir el sueño y causar molestias adicionales.

En la mayoría de ocasiones, estos síntomas pasan desapercibidos, achacándolo la persona que los sufre a otras causas, o pensando en sus inicios que no es importante. En muchas ocasiones, la solución es la cirugía para liberar la presión en la zona.

5 Discusión-Conclusión

La prevención y la gestión adecuada son fundamentales para reducir el impacto del síndrome del túnel carpiano.

Esto puede incluir tomar medidas para mantener una postura ergonómica adecuada, tomar descansos regulares para estirar las manos y muñecas, y utilizar dispositivos ergonómicos como almohadillas para teclados y muñequeras de apoyo. Si los síntomas persisten o empeoran, es importante buscar atención médica y considerar opciones de tratamiento como fisioterapia, terapia ocupacional o, en casos graves, cirugía.

La detección temprana y la gestión adecuada pueden ayudar a prevenir complicaciones a largo plazo y permitir que los auxiliares administrativos continúen realizando su trabajo de manera cómoda y efectiva.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/tunel-carpiano-auxiliar-administrativo/>.
2. Ocronos. Vol. III. N° 5 – Septiembre 2020. Pág. Inicial: Vol. III: n°5:739.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000433.html>.

Capítulo 517

EL CELADOR QUE TRABAJA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y EL ALTO RIESGO DE DESARROLLAR NECROFOBIA.

MARÍA JOSE ARROYO RIVERA

AMANDA PEÑA VALLE

BELÉN MORENO FLORES

ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN

DALILA CATALÁN CORDERO

1 Introducción

La categoría profesional de celador que presta sus servicios en centros hospitalarios, no está considerada como sanitaria. Además, en las bolsas de empleo público, la formación académica mínima que se les exige es el Título de Graduado Escolar o, en la actualidad, el Título de Graduado en ESO. Estos trabajadores no están formados ni preparados para enfrentarse a ciertas labores que tienen que realizar en algunas unidades o servicios sanitarios.

En Anatomía Patológica, tienen unas funciones antes, durante y después de las autopsias y manejan el cuerpo del fallecido, una tarea que puede resultar muy difícil, pudiendo llegar a causar daños en la salud mental del trabajador.

Detectar los primeros síntomas de una fobia, una ansiedad, una depresión o los inicios de una enfermedad mental es muy difícil, contando además, con que suele costar bastante pedir ayuda cuando tenemos algún problema de este tipo, ya que a la salud mental aún no se le da la importancia que se le debería dar. Si el trabajador no tiene las herramientas necesarias para proteger su salud mental, si en unidades o servicios como este no se le informa de los posibles riesgos psicológicos o no se le forma para detectar los primeros síntomas de algún problema psicológico, está totalmente desprotegido.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer el riesgo de padecer necrofobia por parte del celador que presta sus servicios en Anatomía Patológica y que tiene un contacto muy directo e íntimo con personas fallecidas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

El celador realiza diferentes funciones en el área de autopsias:

- Preparación del cuerpo: El celador prepara el cuerpo del fallecido para la autopsia, lo que implica moverlo de la morgue a la sala de autopsias y asegurarse de que esté adecuadamente dispuesto para el procedimiento. Tras la autopsia, debe asearlo y rellenar las partes que hayan podido quedar huecas al retirar órganos, con materiales como la celulosa. Hay que decir, que se puede encontrar con fallecidos de muchas edades, desde personas de avanzada edad hasta niños. También con accidentados, asesinados o personas que se han suicidado por precipitación, entre otras cosas.
- Asistencia durante la autopsia: El celador puede estar presente durante la autopsia para asistir al patólogo forense, proporcionando herramientas y equipo necesario, moviendo el cuerpo según sea necesario y tomando notas.

- Transporte de cuerpos: Además de las autopsias, el celador es responsable de trasladar los cuerpos de los fallecidos de un lugar a otro, ya sea dentro del hospital o hacia el lugar de entierro o cremación.
- Gestión de documentos: Lleva a cabo tareas administrativas relacionadas con la identificación y documentación de los cuerpos, garantizando un registro preciso de la información.
- Apoyo a las familias: En algunos casos, el celador también puede brindar apoyo emocional a las familias en duelo, mostrando empatía y comprensión.

En el caso de los celadores que trabajan en autopsias y morgues, la exposición continua a los cuerpos sin vida, aumenta la probabilidad de desarrollar necrofobia. La necrofobia se define como el miedo intenso e irracional a la muerte y a los cadáveres. Las emociones y reacciones que pueden surgir incluyen:

- Ansiedad: La ansiedad es una respuesta común ante la exposición constante a la muerte. Los celadores pueden experimentar preocupación por el proceso de autopsia, por los cuerpos en descomposición y por la reacción de las familias.
- Náuseas: La vista y el olor de los cuerpos en diferentes estados de descomposición pueden causar náuseas y malestar físico.
- Pesadillas: Algunos celadores pueden experimentar pesadillas relacionadas con su trabajo, lo que puede afectar su calidad de sueño y bienestar general.
- Despersonalización: Para lidiar con la exposición constante a la muerte, algunos celadores pueden desarrollar una actitud despersonalizada hacia los cuerpos, lo que puede afectar su empatía y sensibilidad hacia las familias en duelo. Como ejemplo, podemos poner el síndrome de Burnout.
- Manejo de la necrofobia: Es importante que los celadores que trabajan en autopsias reconozcan y gestionen la necrofobia de manera efectiva.

Algunas estrategias incluyen:

- Apoyo psicológico: Buscar apoyo psicológico y terapia puede ser útil para abordar las emociones y el estrés relacionado con el trabajo. Los profesionales de la salud mental pueden proporcionar herramientas para manejar la ansiedad y el miedo.
- Formación y educación: Recibir formación y educación en psicología de la

muerte y el duelo puede ayudar a los celadores a comprender y lidiar mejor con sus propias emociones y las de las personas en duelo.

- Prácticas de autocuidado: Implementar prácticas de autocuidado, como el ejercicio, la meditación y el tiempo de relajación, puede ayudar a reducir el estrés y la ansiedad.
- Apoyo de compañeros de trabajo: Compartir experiencias y preocupaciones con compañeros de trabajo que enfrentan situaciones similares puede proporcionar un valioso apoyo emocional y compartir estrategias para manejar la necrofobia.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en autopsias es esencial para el funcionamiento de los servicios de salud y funerarios. Sin embargo, este trabajo puede estar relacionado con la exposición constante a la muerte y la posibilidad de desarrollar necrofobia. Reconocer y abordar estas emociones es fundamental para mantener el bienestar mental y emocional de los celadores y garantizar una atención compasiva a las familias en duelo.

La formación a los trabajadores no sanitarios en servicios como este, que debería ser previa a su labor, sobre todo en el ámbito de la salud mental, es inexistente en los centros hospitalarios, con lo cual, se elevan notablemente los riesgos de poder contraer alguna enfermedad mental.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/necrofobia-riesgo-psicosocial-celador-anatomia-patologica/>.
2. Ocronos. Vol. III. N° 1 – Mayo 2020. Pág. Inicial: Vol.III;n°1:9 <https://revistamedica.com/necrofobia-riesgo-psicosocial-celador-anatomia-patologica/necrofobia-riesgo-psicosocial-celador-anatomia-patologica/>.

Capítulo 518

EL CELADOR HOSPITALARIO Y LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES.

MARÍA JOSE ARROYO RIVERA

AMANDA PEÑA VALLE

BELÉN MORENO FLORES

ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN

DALILA CATALÁN CORDERO

1 Introducción

El celador es un profesional esencial en el entorno hospitalario y en el proceso de atención médica, y una de sus responsabilidades clave es el traslado de pacientes. Este papel es fundamental para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada y se desplacen de manera segura dentro del hospital o centro de salud. El celador se encarga, por ejemplo, de trasladar a los pacientes desde las plantas de hospitalización, áreas de espera o diferentes unidades del hospital como el servicio de Urgencias, a quirófanos, salas de tratamiento, laboratorios, etc. También puede ser responsable de llevar a los pacientes a procedimientos médicos, como radiografías o resonancias magnéticas.

La seguridad del paciente es una prioridad en el trabajo del celador. Por lo tanto, deben tener un conocimiento sólido de las técnicas de traslado y movilización de pacientes para evitar lesiones o incomodidades durante el proceso.

Esto incluye el uso de equipos de ayuda, como sillas de ruedas, camillas o dispositivos de elevación, según las necesidades del paciente y las indicaciones médicas. Son las gerencias hospitalarias las encargadas de esta formación, pero en la mayoría de las ocasiones, es el propio trabajador el que se encarga de la misma, ya que debido a contrataciones de corta duración o en contrataciones urgentes, no hay tiempo disponible para ello.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las técnicas de transferencia de pacientes de las que debe ser conocedor 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.

4 Resultados

Para llevar a cabo la transferencia en silla de ruedas se ha de tener en cuenta:

- Preparación: Antes de iniciar el traslado, el celador debe verificar que la silla de ruedas esté en buenas condiciones y que los frenos estén funcionando correctamente. También es importante hablar con el paciente para explicar el proceso y asegurarse de que esté de acuerdo.
- Posicionamiento: El paciente debe estar sentado en el borde de la cama o la silla en la que se encuentra. La silla de ruedas debe colocarse en un ángulo adecuado para facilitar la transferencia.
- Transferencia: El celador debe colocarse frente al paciente y brindar apoyo mientras el paciente se traslada de la cama o la silla a la silla de ruedas. Esto puede requerir que el paciente se levante o se desplace lateralmente, dependiendo de su capacidad y movilidad.
- Uso de dispositivos de ayuda: En algunos casos, se pueden utilizar dispositivos de ayuda, como tablas de transferencia o sábanas deslizantes, para facilitar la transferencia del paciente a la silla de ruedas de manera más suave y segura.

- Alineación y seguridad: Una vez que el paciente esté en la silla de ruedas, el celador debe asegurarse de que esté bien alineado y que los frenos estén bloqueados antes de moverse. También es importante ajustar los reposapiés y el respaldo según las necesidades del paciente.

En cuanto a la transferencia en cama:

- Preparación: Antes de trasladar a un paciente en cama, el celador debe ajustar la altura de la cama a un nivel cómodo para trabajar. Además, es fundamental asegurarse de que la cama esté bloqueada para evitar movimientos inesperados.
- Ayuda del paciente: Dependiendo de la movilidad del paciente, este puede ser capaz de colaborar en el traslado. En ese caso, el celador debe instruir al paciente sobre cómo moverse de manera segura.
- Posicionamiento y alineación: El celador debe colocar al paciente en posición supina (boca arriba) y alinear su cuerpo adecuadamente. Esto implica alinear la cabeza, el tronco y las extremidades.
- Método de transferencia: El método de transferencia puede variar según la situación. Puede implicar el uso de sábanas deslizantes o almohadillas de transferencia para facilitar el movimiento del paciente de la cama a la camilla o viceversa.
- Comunicación: Durante el proceso de traslado, es esencial que el celador comunique claramente con el paciente para garantizar su comodidad y seguridad.

Para la transferencia en camilla:

- Preparación: Antes de trasladar a un paciente en camilla, el celador debe asegurarse de que la camilla esté en buenas condiciones y que las ruedas estén bloqueadas. También es importante verificar que la altura de la camilla sea adecuada para el traslado.
- Posicionamiento del paciente: El paciente debe estar en posición supina en la cama o en la superficie de traslado. El celador debe asegurarse de que el paciente esté alineado correctamente.
- Transferencia: El celador puede utilizar una técnica de transferencia segura, que puede variar según la situación y la movilidad del paciente. Esto puede incluir el uso de sábanas deslizantes o almohadillas de transferencia.
- Alineación y seguridad: Una vez que el paciente esté en la camilla, el celador

debe asegurarse de que esté bien alineado y seguro antes de moverse. Los frenos deben estar bloqueados y los cinturones de seguridad deben estar en su lugar.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento y la aplicación adecuada de las técnicas de transferencia por parte del celador son cruciales para garantizar la seguridad, comodidad y bienestar del paciente, así como para prevenir lesiones en el propio trabajador. Es decir, se minimiza la posibilidad de que los pacientes sufran accidentes, caídas o golpes durante su asistencia sanitaria y de que el trabajador vea su salud física mermada, debido a esfuerzos innecesarios o a una forma incorrecta de realizarlos. Estas habilidades son fundamentales en el entorno de atención médica y contribuyen a la eficiencia en la prestación de servicios de salud. Además, el cumplimiento de normativas y estándares de seguridad son esenciales.

6 Bibliografía

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

Capítulo 519

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: CONCEPTO DE MARCHA HACIA ADELANTE

EVA DÍAZ DÍAZ

ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ

1 Introducción

La organización de los espacios en la cocina debe seguir una secuencia lógica en el procesamiento de alimentos, garantizando dos aspectos fundamentales: evitar cualquier riesgo de contaminación cruzada entre áreas de alimentos considerados "sucios" y aquellos etiquetados como "limpios" e impedir que un alimento en proceso avance hacia atrás en el flujo de trabajo, lo que significa que un producto en un estado avanzado de preparación no debe pasar por ni ser manipulado en una zona destinada a alimentos en un estado de preparación menos avanzado.

El Pinche de Cocina es un eslabón fundamental y el más numeroso en la cadena de trabajo de la cocina hospitalaria y por ello, debe tener claras sus funciones y seguir las medidas higiénico sanitarias a las que está sujeto, ya que la mejoría en la salud de los pacientes, depende en gran manera de su alimentación.

Se pueden utilizar materias primas de alta calidad, elaborar las dietas de una forma meticulosa, realizar el envasado y el transporte con todas las garantías, pero si el Pinche de Cocina no respeta el concepto de "marcha hacia adelante", puede estropear todo el trabajo previo y poner en peligro la alimentación de todos los pacientes que permanecen hospitalizados.

2 Objetivos

Explicar el, tan importante, concepto de "marcha hacia adelante", que evita en una cocina hospitalaria, la contaminación de cualquier tipo en las dietas de los enfermos.

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

Existen actividades categorizadas como "sucias" en la cocina, como el lavado de ensaladas y verduras, la peladura de patatas, la limpieza de aves y pescados, el lavado de utensilios y vajilla, así como la limpieza de equipos de cocina como marmitas, cubetas gastro-norms y áreas de almacenamiento de basura.

También se realizan actividades consideradas como "neutras", como el almacenamiento de productos en cámaras y estantes, preparaciones como el troceado de alimentos crudos y procesos de cocción.

Estas acciones no se consideran "sucias" en sí mismas, ya que generalmente implican la posterior exposición de los alimentos a altas temperaturas durante la cocción, lo que minimiza los riesgos de contaminación.

Otras actividades requieren un nivel especial de limpieza y cuidado, como la elaboración de platos fríos que no pasan por un proceso de cocción posterior, el emplatado y la distribución de alimentos calientes, así como el almacenamiento de vajilla, que incluye platos, cubiertos, vasos, bandejas y utensilios limpios.

El proceso de transición de una etapa de trabajo a otra implica avanzar desde áreas menos higiénicas hacia aquellas consideradas más limpias.

Por lo tanto, es fundamental que los alimentos no regresen a etapas anteriores del proceso, ya que existe el riesgo de contaminación en áreas menos higiénicas o debido a la interacción con el personal que trabaja en esas zonas.

Es de suma importancia que el Pinche de Cocina evite cualquier interacción o transferencia de productos entre áreas limpias y sucias, y debe cumplir estrictamente con el principio de avanzar siempre hacia adelante en el flujo de trabajo. De lo contrario, al ir dirigidas las dietas a un número elevado de personas en un hospital y con problemas de salud, los daños que se pueden ocasionar se pueden definir como catastróficos.

5 Discusión-Conclusión

El Pinche de Cocina hospitalaria tiene su labor organizada para evitar la contaminación cruzada y garantizar la seguridad alimentaria.

Los alimentos deben avanzar desde áreas más sucias hacia las más limpias, y nunca retroceder en el proceso.

Debe ser conocedor de las actividades que se consideran como "sucias", "neutras" y "limpias" dentro de la cocina hospitalaria.

Debe realizar la limpieza tanto de las salas como del utillaje y aparataje a utilizar en la elaboración de dietas y debe seguir las medidas higiénico sanitarias en su equipamiento personal.

Cualquier error o mala praxis, puede poner en peligro la mejoría de los pacientes a los que van dirigidas las dietas.

6 Bibliografía

<https://revistamedica.com/principio-marcha-adelante-cocinas-hospitalarias/>
Ocronos. Vol. VI. Nº 7–Julio 2023. Pág. Inicial: Vol. VI; nº7: 199 <https://revistamedica.com/marcha-adelante-cocina-hospitalaria/>
Ocronos. Vol. IV. Nº 7–Julio 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº7: 20

Capítulo 520

EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA IDENTIFICACIÓN DE ACCIDENTES RADIOLÓGICOS

LAURA ALJARILLA PONCE

ALBERTO LEANDRO MAIZ SANTOS

SONIA OVEJERO GALLO

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

1 Introducción

Los accidentes radiológicos son eventos no deseados que involucran la liberación, exposición o contaminación con materiales radiactivos. Estos incidentes pueden ocurrir en una variedad de contextos, incluyendo instalaciones nucleares, médicas, industriales y de investigación, así como en el transporte de materiales radiactivos. Los accidentes radiológicos pueden tener consecuencias significativas para la salud humana y el medio ambiente si no se gestionan adecuadamente. Aquí hay algunas características clave de los accidentes radiológicos:

- Liberación de radiación: En un accidente radiológico, puede producirse una liberación no controlada de radiación ionizante, que incluye radiación alfa, beta, gamma y neutrones. Esta radiación puede ser peligrosa para las personas y el entorno.

- Exposición a la radiación: Las personas que se encuentran cerca de la fuente radiactiva durante un accidente pueden estar expuestas a dosis de radiación que superen los límites seguros. Esta exposición puede causar daño a los tejidos y aumentar el riesgo de enfermedades radiológicas.
- Contaminación radiactiva: En algunos casos, los materiales radiactivos pueden ser liberados y contaminar el entorno. Esto puede incluir la contaminación del suelo, el agua, los alimentos y las superficies, lo que representa un riesgo para la salud pública.
- Derrame o fugas de materiales radiactivos: Los accidentes también pueden involucrar derrames o fugas de sustancias radiactivas líquidas o sólidas, lo que aumenta el riesgo de exposición y contaminación.

2 Objetivos

- Identificar las funciones del técnico de rayos en la identificación de accidentes radiológicos y la gestión de situaciones relacionadas con la radiación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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, también conocido como técnico en radiología, desempeña un papel crucial en la identificación de accidentes radiológicos y la gestión de situaciones relacionadas con la radiación. Sus funciones pueden variar según la gravedad del incidente y el entorno en el que trabajen, pero generalmente incluyen:

- Monitoreo de la radiación: Los técnicos de rayos están capacitados para operar equipos de radiografía y fluoroscopia y pueden medir la radiación presente en su

entorno utilizando dispositivos de detección de radiación. Esto les permite evaluar la seguridad radiológica y detectar cualquier aumento inusual en la radiación ambiental.

- Evaluación inicial: En caso de un accidente radiológico, los técnicos de rayos pueden participar en la evaluación inicial de la situación. Esto implica determinar la ubicación, la fuente de radiación y la magnitud del incidente para establecer una respuesta adecuada.
- Evacuación y seguridad: Si es necesario, los técnicos de rayos pueden ayudar en la evacuación de personas de la zona afectada por la radiación. También deben asegurarse de que el personal de atención médica y de rescate esté debidamente informado sobre los riesgos radiológicos y las medidas de seguridad necesarias.
- Control de la exposición: Los técnicos de rayos están capacitados en la gestión de la exposición a la radiación y deben ayudar a garantizar que los trabajadores y el público en general no estén expuestos a niveles peligrosos de radiación. Esto puede implicar la implementación de medidas de control, como la instalación de barreras y el uso de equipos de protección personal.
- Comunicación y colaboración: Los técnicos de rayos deben colaborar estrechamente con otros profesionales de la salud, como médicos, físicos médicos y personal de seguridad, para abordar la situación de manera eficaz. También deben comunicar claramente la información sobre la radiación y las medidas de seguridad a todas las partes involucradas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las funciones del técnico de rayos en la identificación de accidentes radiológicos son fundamentales para garantizar la seguridad pública y minimizar los riesgos asociados con la radiación. Su capacitación y experiencia les permiten desempeñar un papel esencial en situaciones de emergencia radiológica, que incluyen la evaluación de la radiación, la seguridad del personal y del público, la comunicación efectiva, la documentación y la colaboración con otros profesionales y autoridades reguladoras. La respuesta adecuada de los técnicos de rayos es crucial para mitigar los efectos adversos de los accidentes radiológicos y proteger la salud y el bienestar de la comunidad.

6 Bibliografía

- Pubmed

Capítulo 521

EL TÉCNICO DE RAYOS Y LA DOSIMETRÍA AMBIENTAL

LAURA ALJARILLA PONCE

ALBERTO LEANDRO MAIZ SANTOS

SONIA OVEJERO GALLO

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

1 Introducción

La dosimetría ambiental se refiere a la medición y evaluación de la exposición a la radiación en el entorno natural y en áreas donde las personas puedan estar expuestas a fuentes de radiación no controladas. La dosimetría ambiental se utiliza para monitorear la radiación ionizante presente en el medio ambiente y evaluar los posibles riesgos radiológicos para la salud humana y el medio ambiente. Algunos de los aspectos clave de la dosimetría ambiental incluyen:

- Monitoreo de la radiación natural: La dosimetría ambiental se enfoca en la radiación natural, que incluye la radiación cósmica que proviene del espacio exterior, la radiación terrestre que emana de minerales y materiales en la Tierra, y la radiación interna que resulta de la ingestión o inhalación de sustancias radiactivas.

- **Detección y medición:** Se utilizan dispositivos de detección y medición de radiación, como dosímetros y detectores de radiación, para recopilar datos sobre la cantidad de radiación presente en un área específica durante un período de tiempo determinado.
- **Evaluación de riesgos:** Los datos recopilados mediante la dosimetría ambiental se utilizan para evaluar los riesgos radiológicos para la salud de las personas y el impacto en el medio ambiente. Esto incluye evaluar si los niveles de radiación están dentro de los límites de seguridad establecidos por las autoridades reguladoras.
- **Protección radiológica:** Si se detectan niveles de radiación que superan los límites de seguridad, se pueden tomar medidas para reducir la exposición, como la restricción del acceso a ciertas áreas o la implementación de medidas de control radiológico.

2 Objetivos

- Mostrar las funciones del técnico de rayos para operar equipos de radiación y están bien versados en la seguridad radiológica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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, también conocido como técnico en radiología o tecnólogo radiológico, juega un papel importante en la dosimetría ambiental. Estos profesionales están capacitados para operar equipos de radiación y están bien versados en la seguridad radiológica. Sus funciones en relación con la dosimetría ambiental pueden incluir:

- **Monitoreo de la radiación ambiental:** Los técnicos de rayos pueden participar en

la medición y el monitoreo de la radiación ambiental en lugares donde trabajan o en áreas circundantes, como instalaciones médicas, instalaciones industriales o zonas cercanas a fuentes naturales de radiación.

- Uso de equipos de medición: Utilizan dosímetros y otros dispositivos de medición de radiación para registrar los niveles de radiación presentes en el entorno. Esto puede incluir la radiación natural, la radiación artificial y cualquier radiación liberada como resultado de actividades humanas.
- Mantenimiento de registros: Los técnicos de rayos mantienen registros precisos de las mediciones de radiación ambiental realizadas a lo largo del tiempo. Estos registros son fundamentales para evaluar los cambios en los niveles de radiación y detectar posibles anomalías.
- Evaluación de la exposición: Con base en las mediciones, pueden evaluar la exposición de las personas en el área a la radiación ambiental y determinar si los niveles son seguros o si requieren medidas de protección adicionales.
- Educación y comunicación: Los técnicos de rayos también pueden tener un papel educativo al informar a las personas que trabajan en entornos donde la exposición a la radiación es posible sobre las precauciones de seguridad y las prácticas de protección radiológica necesarias.
- Colaboración con expertos en protección radiológica: Trabajan en estrecha colaboración con físicos médicos y otros profesionales de la protección radiológica para garantizar que se cumplan las normativas y estándares de seguridad radiológica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el técnico de rayos desempeña un papel fundamental en la dosimetría ambiental al monitorear y evaluar la exposición a la radiación en el entorno natural y en áreas donde la radiación puede ser un factor de preocupación. Su capacitación en radiología y seguridad radiológica les permite medir con precisión los niveles de radiación, mantener registros adecuados y tomar medidas para garantizar la protección de la salud humana y el medio ambiente.

Los técnicos de rayos trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la protección radiológica y pueden estar involucrados en la educación y comunicación con personas que trabajan en entornos radiológicamente activos.

Además, desempeñan un papel importante en la respuesta a situaciones de emergencia radiológica, contribuyendo a la evaluación de la seguridad y la toma de decisiones.

6 Bibliografía

- Scielo

Capítulo 522

EL TÉCNICO DE RAYOS EN EL MANEJO DE LA BOMBA DE INYECCIÓN DE CONTRASTES

LAURA ALJARILLA PONCE

ALBERTO LEANDRO MAIZ SANTOS

SONIA OVEJERO GALLO

JOSEFINA MARTÍNEZ VILLA

ROSA ANA GAMBIN LORENZO

1 Introducción

Una bomba de inyección de contrastes es un dispositivo médico utilizado en radiología y procedimientos de diagnóstico por imágenes para administrar de manera controlada y precisa un medio de contraste intravenoso en el cuerpo del paciente. El medio de contraste es una sustancia que contiene yoduro o gadolinio y se utiliza para mejorar la visibilidad de ciertas estructuras o tejidos en imágenes médicas, como radiografías, tomografías computarizadas (TC) y resonancias magnéticas (RM).

Las bombas de inyección de contrastes permiten una administración uniforme y controlada del medio de contraste en el torrente sanguíneo del paciente. Esto es importante para obtener imágenes claras y detalladas de vasos sanguíneos,

órganos o tejidos específicos que pueden ser difíciles de visualizar sin el contraste.

Algunas características y funciones comunes de las bombas de inyección de contrastes incluyen:

- Control de la velocidad de inyección: Permiten ajustar la velocidad a la que se administra el contraste, lo que es crucial para lograr la calidad de imagen deseada y evitar la sobredosificación.
- Programación de volúmenes: Los operadores médicos pueden configurar la cantidad exacta de contraste que se administrará al paciente.
- Monitoreo continuo: Estas bombas a menudo están equipadas con sistemas de monitoreo en tiempo real para asegurarse de que la inyección se realice de manera precisa y segura.
- Seguridad y alarmas: Las bombas de inyección de contrastes están diseñadas con medidas de seguridad, como alarmas en caso de interrupción o problemas en la administración del contraste.

2 Objetivos

- Explicar el manejo de la bomba de inyección de contrastes durante los procedimientos de diagnóstico por imágenes 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, también conocido como técnico en radiología o tecnólogo radiológico, desempeña un papel importante en el manejo de la bomba de inyección de contrastes durante los procedimientos de diagnóstico por imágenes. Aquí

se describen las funciones y responsabilidades que los técnicos de rayos pueden tener en relación con el uso de esta tecnología:

- Preparación del paciente: Antes de la administración del contraste, el técnico de rayos debe asegurarse de que el paciente esté debidamente preparado. Esto puede incluir verificar la historia médica del paciente para detectar posibles alergias al contraste, obtener el consentimiento informado y explicar el procedimiento al paciente.
- Configuración de la bomba de inyección: El técnico de rayos es responsable de configurar la bomba de inyección de contrastes de acuerdo con las instrucciones del médico o radiólogo que supervisa el procedimiento. Esto implica establecer la velocidad de inyección, el volumen a administrar y cualquier otro parámetro necesario.
- Verificación del contraste: Antes de comenzar la inyección, el técnico debe asegurarse de que el contraste sea el adecuado, que no esté vencido y que no haya signos de contaminación.
- Colaboración con el paciente: Durante la administración del contraste, el técnico de rayos debe estar en comunicación con el paciente, asegurándose de que esté cómodo y siga las instrucciones, como retener la respiración o mantener una posición específica durante la adquisición de imágenes.
- Monitoreo continuo: Mientras se administra el contraste, el técnico debe supervisar de cerca la bomba de inyección y el flujo del contraste. Debe estar atento a cualquier problema o interrupción en la administración y tomar medidas adecuadas en caso de que surja algún problema.
- Documentación: Es esencial llevar un registro preciso de la administración del contraste, incluyendo la cantidad inyectada, la velocidad, la hora y cualquier incidente o reacción adversa que pueda ocurrir.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del técnico de rayos en el manejo de la bomba de inyección de contrastes es fundamental para garantizar procedimientos de diagnóstico por imágenes seguros y efectivos. Su responsabilidad abarca desde la preparación del paciente y la configuración adecuada de la bomba hasta la supervisión continua, la documentación precisa y la colaboración con el equipo médico.

Los técnicos de rayos desempeñan un rol esencial en la administración controlada de medios de contraste, lo que contribuye a obtener imágenes de mayor calidad y precisión, ayudando así a los médicos a realizar diagnósticos más precisos. Además, su enfoque en la seguridad radiológica y en el bienestar del paciente es crucial para minimizar los riesgos asociados con la exposición a la radiación y para garantizar una experiencia segura y cómoda para el paciente.

6 Bibliografía

- Scielo

Capítulo 523

ESTUDIO DEL LÍQUIDO SINOVIAL POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO

MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA

VIRGINIA SERRANO BECERRA

MARTA PULIDO SÁNCHEZ

1 Introducción

El líquido sinovial es un líquido claro, viscoso y lubricante que se encuentra en las articulaciones de nuestro cuerpo, específicamente en las articulaciones sinoviales. Las articulaciones sinoviales son las articulaciones móviles que permiten el movimiento en el sistema musculoesquelético, como las rodillas, codos, hombros y articulaciones de los dedos.

El líquido sinovial tiene varias funciones importantes:

- Lubricación: Actúa como un lubricante que reduce la fricción entre las superficies articulares en movimiento. Esto facilita el deslizamiento suave de los huesos y evita el desgaste prematuro de las articulaciones.
- Amortiguación: El líquido sinovial también actúa como un amortiguador para absorber y distribuir las fuerzas que actúan sobre las articulaciones durante el movimiento. Esto ayuda a proteger los tejidos articulares y reduce el riesgo de lesiones.
- Nutrición: Suministra nutrientes y oxígeno a las células que forman el revestimiento de la articulación, conocido como la membrana sinovial. Esta membrana

es esencial para la salud y la función de la articulación.

- Eliminación de desechos: Ayuda a eliminar los desechos metabólicos y productos de desecho de las células en la articulación, manteniendo un ambiente saludable.

El líquido sinovial está compuesto principalmente de agua, pero también contiene proteínas, glucosa, ácido hialurónico y células especializadas llamadas "células sinoviales" que contribuyen a su producción y mantenimiento.

2 Objetivos

- Explicar el procesamiento y los análisis de las muestras obtenidas mediante una punción articular por parte del técnico 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El estudio del líquido sinovial es un procedimiento importante realizado en el laboratorio clínico para evaluar la salud de las articulaciones y diagnosticar afecciones articulares. Aunque los técnicos de laboratorio no realizan la recolección del líquido sinovial directamente, desempeñan un papel fundamental en el procesamiento y análisis de las muestras obtenidas mediante una punción articular. A continuación, se describen las responsabilidades del técnico de laboratorio en el estudio del líquido sinovial:

- Recepción de la muestra: Cuando se recibe una muestra de líquido sinovial en el laboratorio, el técnico de laboratorio es responsable de verificar que la muestra esté debidamente etiquetada, que coincida con la información de la solicitud de análisis y que se encuentre en un estado adecuado para su procesamiento.

- Preparación de la muestra: El técnico de laboratorio debe preparar la muestra de líquido sinovial para su análisis. Esto puede incluir centrifugar la muestra para separar las células y otros componentes, y luego preparar extensiones para su examen microscópico.
- Examen microscópico: En algunos casos, se realizará un examen microscópico del líquido sinovial para identificar la presencia de células anormales, cristales, bacterias u otros elementos que puedan indicar una afección específica.
- Análisis químico y físico: Se pueden realizar pruebas químicas y físicas en el líquido sinovial para medir parámetros como la viscosidad, la concentración de glucosa, la presión osmótica y el conteo total de células.
- Cultivo y sensibilidad: En casos en los que se sospeche una infección en la articulación, se puede realizar un cultivo del líquido sinovial para identificar el tipo de microorganismo causante y determinar su sensibilidad a los antibióticos.
- Interpretación de resultados: El técnico de laboratorio debe interpretar los resultados de las pruebas y proporcionar información al médico solicitante. Esto puede incluir la identificación de posibles diagnósticos o la recomendación de pruebas adicionales.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el estudio del líquido sinovial por parte del técnico de laboratorio es un proceso esencial para diagnosticar y evaluar afecciones articulares y proporcionar información crucial para el tratamiento médico adecuado. Los técnicos de laboratorio desempeñan un papel fundamental en la recepción, preparación, análisis y documentación de las muestras de líquido sinovial, asegurando que se realicen con precisión y que los resultados sean confiables. Su experiencia, conocimientos y atención a los procedimientos de control de calidad son fundamentales para contribuir al cuidado de la salud de los pacientes y al apoyo al equipo médico en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y trastornos relacionados con las articulaciones. El trabajo meticuloso y el cumplimiento de estándares de seguridad y calidad son elementos clave en el estudio del líquido sinovial por parte de los técnicos de laboratorio.

6 Bibliografia

- Scielo

Capítulo 524

ANÁLISIS DE DROGAS DE ABUSO POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO

MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA

VIRGINIA SERRANO BECERRA

MARTA PULIDO SÁNCHEZ

1 Introducción

Las drogas de abuso, también conocidas como sustancias psicoactivas o drogas recreativas, son sustancias químicas que alteran la función normal del sistema nervioso central y pueden llevar a efectos psicológicos y físicos. Estas sustancias se utilizan principalmente por sus efectos recreativos, placenteros o intoxicantes, y su uso puede ser perjudicial para la salud y el bienestar de una persona. Las drogas de abuso se consumen con diversos fines, que pueden incluir la relajación, el escape de la realidad, la euforia, la reducción del estrés o el aumento de la energía.

Las drogas de abuso pueden clasificarse en varias categorías, según sus efectos y propiedades químicas. Algunas de las categorías más comunes incluyen:

- Drogas estimulantes: Estas sustancias aumentan la actividad del sistema nervioso central, lo que resulta en un aumento de la alerta, la energía y la euforia. Ejemplos incluyen la cocaína, la metanfetamina y el MDMA (éxtasis).
- Drogas depresoras: Estas sustancias tienen un efecto sedante sobre el sistema nervioso central, lo que puede llevar a la relajación, la euforia artificial y la dis-

minución de la ansiedad. Ejemplos incluyen el alcohol, los sedantes y los opiáceos como la heroína.

- Drogas alucinógenas o psicodélicas: Estas sustancias alteran la percepción, el pensamiento y la conciencia, a menudo provocando experiencias visuales, auditivas y sensoriales intensas. Ejemplos incluyen el LSD, los hongos alucinógenos y el DMT.

2 Objetivos

- Dar a conocer las diversas funciones y las responsabilidades del técnico de laboratorio en el análisis de drogas de abuso

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 análisis de drogas de abuso es una parte importante del trabajo realizado por los técnicos de laboratorio en entornos clínicos y forenses. Estos análisis se llevan a cabo para detectar la presencia de sustancias psicoactivas en muestras biológicas o muestras de evidencia con el fin de confirmar el consumo o el abuso de drogas por parte de individuos. A continuación, se describen las responsabilidades del técnico de laboratorio en el análisis de drogas de abuso:

- Recepción de muestras: El técnico de laboratorio recibe las muestras biológicas o muestras de evidencia que se sospecha contienen drogas de abuso. Estas muestras pueden incluir orina, sangre, cabello, saliva o muestras de tejido.
- Manejo de muestras: Asegurarse de que las muestras estén debidamente etiquetadas, almacenadas y manejadas para garantizar su integridad y evitar la contaminación cruzada. El cumplimiento de procedimientos de cadena de custodia es fundamental en contextos forenses.

- Preparación de muestras: Preparar las muestras para su análisis, lo que puede incluir la extracción de componentes específicos o la dilución, dependiendo del método de prueba utilizado.
- Elección del método de análisis: Seleccionar el método de análisis adecuado para detectar la presencia de drogas específicas en la muestra. Los métodos comunes incluyen la cromatografía de gases, la cromatografía líquida, la espectrometría de masas y las pruebas de inmunoensayo, como los inmunoensayos enzimáticos (ELISA) o las pruebas rápidas de detección de drogas.
- Análisis químico: Realizar las pruebas químicas y de instrumentación necesarias para identificar y cuantificar las drogas de abuso en la muestra. Esto puede incluir la comparación de los resultados con estándares conocidos para confirmar la presencia de la sustancia.
- Control de calidad: Realizar pruebas de control de calidad en cada análisis para garantizar la precisión y confiabilidad de los resultados.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el análisis de drogas de abuso desempeña un papel fundamental en el trabajo de los técnicos de laboratorio en entornos clínicos y forenses. Su responsabilidad abarca desde la recepción y el manejo adecuado de las muestras hasta la elección del método de análisis, la realización de pruebas químicas y de instrumentación, la interpretación de resultados y la generación de informes precisos. La precisión y la integridad en todo el proceso son esenciales para garantizar que los resultados sean confiables y puedan utilizarse para confirmar el consumo de sustancias psicoactivas, apoyar diagnósticos médicos, facilitar investigaciones forenses y guiar tratamientos de adicciones.

6 Bibliografía

- Medline

Capítulo 525

ESTUDIO DEL SEMEN POR EL TÉCNICO DE LABORATORIO

MARÍA TERESA PUENTES LÉRIDA

VIRGINIA SERRANO BECERRA

MARTA PULIDO SÁNCHEZ

1 Introducción

El semen es un fluido biológico producido por los órganos sexuales masculinos, específicamente por las glándulas sexuales masculinas, conocidas como testículos y próstata, así como por las vesículas seminales y las glándulas bulbouretrales. El semen es esencial para la reproducción sexual en los seres humanos y en muchas otras especies.

El semen tiene varias funciones importantes en el proceso de reproducción:

- Transporte de espermatozoides: El semen actúa como vehículo para transportar los espermatozoides desde los testículos hasta el tracto reproductivo femenino durante la eyaculación.
- Nutrición de espermatozoides: El semen proporciona nutrientes y sustancias que ayudan a mantener y proteger a los espermatozoides mientras viajan a través del tracto reproductivo femenino en busca del óvulo.
- Alcalinización del tracto reproductivo femenino: El semen es ligeramente alcalino, lo que neutraliza la acidez del tracto reproductivo femenino, creando un ambiente más favorable para la supervivencia de los espermatozoides.

- Protección de los espermatozoides: El semen contiene sustancias que ayudan a proteger a los espermatozoides de las condiciones adversas en el tracto reproductivo femenino y del sistema inmunológico de la mujer.

El semen tiene una composición compleja que incluye espermatozoides, fluido prostático, fluido seminal de las vesículas seminales y fluido de las glándulas bulbouretrales. Además de estos componentes principales, el semen también contiene enzimas, fructosa (un azúcar que proporciona energía a los espermatozoides), iones y otras sustancias.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del técnico de laboratorio en el proceso crucial en el contexto de la salud reproductiva y la fertilidad masculina.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 estudio del semen por parte del técnico de laboratorio es un proceso crucial en el contexto de la salud reproductiva y la fertilidad masculina. A continuación, se describen las responsabilidades y los procedimientos que realiza un técnico de laboratorio en el estudio del semen:

- Recepción y etiquetado de la muestra: Cuando un paciente proporciona una muestra de semen para su análisis, el técnico de laboratorio debe recibir la muestra, verificar que esté debidamente etiquetada con la información del paciente y que no haya errores en la identificación.
- Evaluación macroscópica: El técnico examina la muestra de semen visualmente para evaluar su aspecto macroscópico. Esto incluye observar el color, la viscosidad y la cantidad de semen presente.

- **Análisis microscópico de espermatozoides:** El técnico prepara una muestra de semen en un portaobjetos y realiza un análisis microscópico para contar y evaluar la movilidad y la morfología de los espermatozoides. Estos parámetros son esenciales para determinar la calidad del semen y su capacidad para fertilizar un óvulo.
- **Determinación de la concentración de espermatozoides:** Se realiza un cálculo para determinar la concentración de espermatozoides por mililitro de semen. Esto ayuda a evaluar la capacidad de fertilización.
- **Prueba de vitalidad espermática:** Se puede realizar una prueba para evaluar la cantidad de espermatozoides vivos en la muestra de semen. Esto puede proporcionar información adicional sobre la calidad de los espermatozoides.
- **Prueba de aglutinación espermática:** En algunos casos, se evalúa si los espermatozoides presentan aglutinación, es decir, si están agrupados. La aglutinación puede afectar la movilidad y la capacidad de fertilización de los espermatozoides.
- **Examen de la morfología espermática:** Se analiza la forma y la estructura de los espermatozoides para determinar si tienen deformidades o anomalías que puedan afectar su función.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el estudio del semen por parte del técnico de laboratorio es una parte esencial de la evaluación de la salud reproductiva masculina y la fertilidad. Los técnicos de laboratorio desempeñan un papel fundamental al recibir, procesar y analizar las muestras de semen para evaluar la cantidad, calidad y viabilidad de los espermatozoides. Estos análisis proporcionan información valiosa para ayudar a las parejas a comprender y abordar problemas de fertilidad.

El trabajo del técnico de laboratorio en este contexto es meticuloso y requiere precisión, ya que los resultados pueden tener un impacto significativo en la vida de las personas que buscan concebir. La interpretación precisa de la concentración, movilidad, morfología y otros parámetros espermáticos es esencial para el diagnóstico y el tratamiento de problemas de fertilidad.

6 Bibliografia

- Medline

Capítulo 526

EL COCINERO/A Y EL ÁCIDO FÓLICO EN LOS ALIMENTOS PARA PACIENTES INGRESADOS EN CENTROS HOSPITALARIOS

ABEL DEL AMO UTRILLA

ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ MEDINA

MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

ISABEL SAUCEDO MOLINA

1 Introducción

Las dos categorías principales de vitaminas son solubles en agua y solubles en grasa.

El cuerpo no puede sintetizar vitaminas, o si lo hace en cantidades insuficientes, por lo que deben consumirse a través de los alimentos. Las vitaminas son sustancias que se consideran esenciales para el organismo.

Las vitaminas que son solubles en agua se descomponen en el líquido y luego pasan a través de él.

Es fundamental ingerirlos periódicamente a través de los alimentos para evitar la micción. Estas vitaminas se pueden eliminar con facilidad.

Entre las principales vitaminas encontramos las vitaminas del complejo B y la vitamina C.

Todos los folatos comparten una estructura basada en anillos en sus moléculas que debe reducirse para poder encontrarse en los alimentos y en el cuerpo.

En cuanto a su metabolismo, los folatos se encuentran principalmente como proteínas unidas a poliglutamato que se liberan de estas proteínas mediante proteasas intestinales, mientras que las formas extracelulares son monoglutamatos. En el túbulo proximal se recicla el ácido fólico. Aunque gran parte es reabsorbida por el intestino delgado, la vesícula biliar también excreta otros desechos importantes.

La falta de esta vitamina puede causar una variedad de enfermedades relacionadas con la sangre, incluida la anemia megaloblástica.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo son explicar a los cocineros que trabajan en hospitales como profesionales no sanitarios los principales efectos del ácido fólico en nuestro organismo.

3 Metodología

La preparación de este trabajo implicó una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.

Se han realizado búsquedas exhaustivas de los principales artículos en las principales bases de datos como son: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Los monoglutamatos se metabolizan principalmente en el hígado, donde se reducen y metilan antes de ingresar al torrente sanguíneo, viajar a diversos tejidos y finalmente internalizarse en la célula.

Cuando los monoglutamatos son absorbidos por el intestino, ingresan al torrente sanguíneo y viajan al hígado y a los tejidos que experimentan mucha división celular, incluidos el sistema extrahepático, la médula ósea, la mucosa gastrointestinal y el sistema inmunológico.

El túbulo proximal es donde se reabsorbe el folato. Aunque gran parte es reabsorbida por el intestino delgado, la vesícula biliar también excreta sustancias importantes.

Desde el punto de vista funcional, se puede formar una amplia gama de compuestos que participan en los procesos de donación y absorción de moléculas de carbono, lo que permite una serie de reacciones diferentes. Estos participan en la síntesis de nucleótidos y en la eritropoyesis, actúa junto con la vitamina B12. Dado que esta vitamina es crucial para el crecimiento y la síntesis de ADN, la ingesta diaria recomendada de ácido fólico es de unos 400 microgramos de folatos, aunque las mujeres embarazadas deberían consumir más de esta vitamina.

El feto en desarrollo debe desarrollar tejido. Es muy probable que el feto desarrolle espina bífida si no se consume en cantidades suficientes. Las verduras, junto con algunas frutas, legumbres, frutos secos y frutos secos, son los alimentos con mayor concentración de fólico ácido.

Esta deficiencia de vitaminas puede provocar numerosas enfermedades relacionadas con la sangre, incluida la anemia megaloblástica. Le damos este nombre porque el citoplasma de las células de la médula ósea madura más rápidamente que el núcleo, lo que da como resultado su gran tamaño. Esta condición causa anemia, problemas de sueño y memoria, irritabilidad, convulsiones y demencia.

5 Discusión-Conclusión

Sabemos qué es una vitamina y que el ácido fólico, en concreto, pertenece a la clase de vitaminas conocidas como vitaminas hidrosolubles. Además de conocer sus funciones en el organismo, la cantidad recomendada de ingestas diarias recomendadas, y también sabemos qué alimentos contienen mayor concentración de ácido fólico, hemos aprendido cuáles son las principales funciones del ácido fólico en los alimentos en nuestro organismo como Personal no sanitario que desempeña nuestras funciones en un centro hospitalario como cocinero. Además de las verduras, las legumbres, algunos frutos secos y algunas frutas también contienen ácido fólico.

La falta de esta vitamina puede causar una variedad de enfermedades relacionadas con la sangre, incluida la anemia megaloblástica.

6 Bibliografía

- <https://dialnet.unirioja.es/>
- ÁCIDO FÓLICO - Medline (10 diciembre 2019) <https://medlineplus.gov>

Capítulo 527

EL COCINERO/A Y SU ACTUACIÓN EN LA MANIPULACIÓN DE ESPECIAS EN LOS MENÚS DE LOS HOSPITALES

ABEL DEL AMO UTRILLA

ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ MEDINA

MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

ISABEL SAUCEDO MOLINA

1 Introducción

El cocinero o cocinera utiliza algunos condimentos o especias, que también sirven como conservantes, medicinas y saborizantes de los alimentos a los que se les agrega.

Los condimentos o especias son sustancias que se añaden a los alimentos para mejorar su sabor y consistencia. Hoy en día, la sal, el vinagre y las especias son los condimentos o especias alimentarias más utilizados.

Estos condimentos o especias se pueden utilizar antes o después de cocinar la comida.

Pueden ser sólidos en formato seco o pueden tener una consistencia líquida como una salsa. Por ejemplo, la albahaca y el azafrán son condimentos curry, ajo, perejil, anís, stevia, cardamomo, agave, azúcar, cayena, hinojo, orégano, romero, tomillo,

comino, cúrcuma, salsa de soja, aceite de oliva, vinagre, pimienta, canela, nuez moscada, vainilla, laurel, sal, etc.

En todo el mundo, la gente usa estos condimentos y especias, aunque algunos son exclusivos de áreas o naciones particulares. Incluso podrían tener denominación de origen y tener un gran valor en el mundo culinario.

La sal comestible tendrá la siguiente composición química y propiedades:

- Cristales blancos, inodoros y de sabor salado, solubles en agua.
- La cantidad de residuo por kilogramo de sal insoluble en agua no excederá los 5 gramos.

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es demostrar de forma concisa y clara el papel del cocinero en la cocina y explicar cómo utiliza las especias y condimentos.

3 Metodología

Esta investigación se realizó como parte de una revisión bibliográfica sistemática del cuerpo de literatura científica publicada. Se han consultado los artículos de las siguientes bases de datos principales: Pubmed, el principal motor de búsqueda de Google, Scielo y Medline.

4 Resultados

El cloruro de sodio, principal componente de la sal, la habilita para su uso en alimentos.

Según el Real Decreto 1424/1983 la sal se presenta en las siguientes variedades o denominaciones:

- Sal marina: Esta sal se produce por la evaporación del agua de mar.
- La "sal marina virgen" se produce por la acción del sol y del viento; luego se recoge manualmente y se limpia en el cristizador.
- La capa flotante de sal cristalizada en la superficie de los cristizadores se conoce como "flor de sal".
- Sal de roca: Los depósitos salinos naturales aportan esta sal.
- Sal de manantial: Esta sal se elabora a partir de salmueras y se extrae de manantiales salinos.

- Sal para salar: Esta sal comestible tiene un contenido de magnesio superior a la media porque está diseñada para condimentar los alimentos.
- Sal refinada: También conocida como sal de roca, sal de manantial o sal marina, a excepción de la sal marina virgen y la flor de sal, esta sal ha sido sometida a procesos de lavado o disolución y cristalización para eliminar impurezas. Si se utiliza cristalización al vacío durante este proceso. Se conocerá como “Sal vacío”.
- Sal de cocina: Es sal de mesa con un nivel de humedad no superior al 5%.
- Sales especiales: Son sales que han sido refinadas y a las que se les han añadido diversas sustancias autorizadas; Estas sustancias se indicarán en el etiquetado del envase. Destacan los siguientes: La sal yodada se ha mejorado con yoduro de potasio, yodato de potasio y otros derivados yodados permitidos.
- 2- Sal fluorada: Esta sal ha sido mezclada con sodio u otro fluoruro fluorado.
- 3- Sal yodofluorada: Esta sal contiene compuestos tanto de yodo como de flúor.
- 4- Sal nitrita: Es sal que contiene nitrito de sodio.

5 Discusión-Conclusión

Cada uno de los elementos antes mencionados se prepara mediante un método diferente y se utiliza en la cocina para una función particular.

Debido a las patologías subyacentes de los pacientes, las dietas preparadas en centros médicos suelen tener un bajo contenido de sal o estar completamente exentas de ella.

Ahora sabemos que la sal, un condimento muy utilizado en la cocina para dar sabor a los alimentos y que no queden “sosos”, es un producto compuesto de cloruro de sodio en condiciones adecuadas para su uso alimento.

La sal viene en una variedad de formas, incluida la sal de mesa, la sal de roca, la sal marina, la sal refinada, la sal salada y otras sales especiales como la sal yodada, fluorada y nitritada.

6 Bibliografía

- <https://www.riojasalud.es>
- <https://dialnet.unirioja.es/>

Capítulo 528

EL COCINERO/A Y EN LA ORGANIZACION Y EL DISEÑO BÁSICO DE LAS COCINAS HOSPITALARIAS

ABEL DEL AMO UTRILLA

MARIA DOLORES TORIJA BARRAGAN

ISABEL SAUCEDO MOLINA

ÁLVARO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ MEDINA

MARÍA TERESA LÓPEZ MORCILLO

1 Introducción

Los alimentos que se entregan a los almacenes para ser utilizados posteriormente en la elaboración de los menús hospitalarios deben recibirse en una zona que tenga conexión directa con el exterior y que sea lo suficientemente espaciosa como para permitir la maniobra de los vehículos que acudan a traerlos, instalaciones de almacenamiento. Nunca se deben mezclar alimentos de diferente naturaleza mientras se almacenan y mantienen en instalaciones de refrigeración debido a la necesidad de realizar separaciones.

La distribución de una cocina hospitalaria no establece un modelo fijo; más bien, se deben hacer algunas consideraciones cruciales, como los puntos de entrada y

salida del personal, las materias primas y los carritos de platos de carritos cargados de comida y las salidas de residuos de la cocina.

Por otro lado, es importante gestionar los circuitos o trayectorias que se suceden en la cocina a lo largo de la jornada laboral.

Además, es fundamental contar con un espacio designado únicamente para la descongelación controlada. El diseño de una cocina hospitalaria también debe incluir cámaras frigoríficas, donde se aconseja una temperatura de 15 grados.

Se deben seguir, así como respetar siempre el principio, las normas de higiene que marcan las normas vigentes, en los circuitos y distribución que se realicen dentro de los espacios de la cocina

2 Objetivos

Los principales objetivos de este capítulo son obtener una comprensión más profunda del diseño fundamental o primario que debe servir como guía para los modelos de cocinas hospitalarias.

3 Metodología

La preparación de este capítulo implicó la realización de una investigación que incluyó una revisión bibliográfica del cuerpo de literatura científica publicada.

Se han realizado búsquedas exhaustivas de artículos en las tres bases de datos principales, Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Para facilitar la gestión, la oficina de desayunos se distingue de las demás. Los lavavajillas industriales ayudan en el proceso de limpieza en el ploge, también conocido como fregadero, que es una zona de lavado.

Ya hemos comentado la necesidad de un modelo básico en las cocinas, pero también es fundamental disponer de cámaras frigoríficas donde poder manipularlos o prepararlos.

La temperatura no debe ser demasiado alta para productos frescos.

Otra zona en la que pensar es la zona caliente, que cuenta con muchas comodidades como estufas, freidoras, sartenes basculantes, hervidores y planchas. La cocina es otro nombre para este espacio central.

Dado que la cantidad de residuos que se producen en esta comunidad es crucial, el cuarto de basura de un hospital también lo es. En esta zona se deben separar los distintos tipos de residuos, lo que facilita su recogida. Finalmente, definiremos la cinta de enchapado y embalaje en esta sección como una ubicación crucial.

A continuación, pasamos al sistema de entrega de comidas, que en la mayoría de las instalaciones es robótico y automatizado y transporta los alimentos desde la cocina a todos los pisos del hospital manteniendo la temperatura, para garantizar que los carritos de comida mantengan la temperatura ideal antes de salir de las instalaciones. Debemos mencionar los baños, urinarios y vestuarios del personal antes de llegar a una conclusión porque estas áreas son esenciales.

De acuerdo con la cantidad de personas que trabajan en una cocina durante cada turno, los modelos de diseño de cocinas deben ser espaciosos.

Para evitar la propagación de patógenos y la posterior contaminación de los distintos productos, todos ellos deben contar con superficies y utensilios fáciles de limpiar, al igual que la cocina central.

5 Discusión-Conclusión

Entendiendo la diferencia entre una habitación fría y una habitación caliente es crucial. Para evitar la propagación de patógenos y la posterior contaminación de los distintos productos, todos ellos deben contar con superficies y utensilios fáciles de limpiar, al igual que la cocina central.

Siempre se deberán seguir, así como respetar siempre el principio, las normas de higiene que marcan las normas vigentes, en los circuitos y distribución que se realicen dentro de los espacios de la cocina el período de tiempo entre la entrega de las materias primas a los almacenes y el momento en que los pacientes reciben sus alimentos.

6 Bibliografía

1. www.google.es
2. www.scielo.org

Capítulo 529

EL TELEFONISTA Y LA CENTRAL DIGITAL

ELENA ORTEGA GOMEZ

OLGA MARTÍNEZ ORTEGA

MARTA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

Una central digital, también conocida como central telefónica digital, es un sistema de comunicación que se utiliza para gestionar y dirigir llamadas telefónicas en una organización o empresa. A diferencia de las centrales telefónicas tradicionales que utilizan tecnología analógica, las centrales digitales operan con tecnología digital, lo que les permite ofrecer una serie de ventajas y funciones avanzadas. Aquí hay algunas características y aspectos importantes de una central digital:

- Tecnología Digital: En una central digital, la voz y los datos se convierten en información digital antes de ser transmitidos, lo que permite una mayor calidad de sonido y una mayor eficiencia en la gestión de las llamadas.
- Funciones Avanzadas: Las centrales digitales ofrecen una amplia gama de funciones avanzadas, como identificación de llamadas, transferencia de llamadas, desvío de llamadas, conferencias telefónicas, buzón de voz, grabación de llamadas y más. Estas funciones mejoran la productividad y la eficiencia en la comunicación.

- Escalabilidad: Las centrales digitales son altamente escalables, lo que significa que pueden crecer o reducirse según las necesidades de la organización. Esto facilita la adaptación a cambios en el tamaño o la estructura de la empresa.
- Gestión Centralizada: La gestión de la central telefónica digital se realiza de manera centralizada, lo que permite una configuración y administración más eficientes de las extensiones telefónicas y las funciones del sistema.

2 Objetivos

- Explicar la función del telefonista en facilitar la comunicación efectiva y eficiente tanto dentro de la organización como con las llamadas entrantes y salientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 telefonista desempeña un papel importante en la operación y gestión de una central telefónica digital en una organización o empresa. Su función se relaciona principalmente con facilitar la comunicación efectiva y eficiente tanto dentro de la organización como con las llamadas entrantes y salientes. Aquí se describen algunas de las responsabilidades y funciones del telefonista en relación con una central digital:

- Gestión de Llamadas Entrantes: El telefonista atiende y dirige las llamadas entrantes a través de la central digital. Esto implica responder a las llamadas de manera profesional, identificar al llamante y luego transferir la llamada a la persona o departamento adecuado según la solicitud del llamante.
- Asistencia a los Usuarios: El telefonista brinda asistencia a los usuarios internos y externos en la utilización de la central digital y sus funciones avanzadas. Puede

proporcionar instrucciones sobre cómo utilizar funciones como la transferencia de llamadas, la identificación de llamadas y la conferencia telefónica.

- Manejo de Funciones Avanzadas: Las centrales digitales ofrecen una variedad de funciones avanzadas, como la identificación de llamadas, el desvío de llamadas y la grabación de llamadas. El telefonista debe estar capacitado para usar y administrar estas funciones según sea necesario.
- Coordinación de Conferencias Telefónicas: Cuando sea necesario realizar conferencias telefónicas, el telefonista puede coordinar y facilitar estas llamadas, asegurándose de que todas las partes estén conectadas adecuadamente.
- Mantenimiento de Registros: El telefonista puede mantener registros de llamadas y registros de mensajes para un seguimiento adecuado de las comunicaciones y para garantizar que las llamadas se devuelvan a tiempo.
- Manejo de Situaciones de Emergencia: En caso de una o varias llamadas de emergencia, el telefonista debe seguir los protocolos de seguridad y coordinar rápidamente la asistencia necesaria.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el telefonista juega un papel esencial en la operación y gestión de una central telefónica digital en una organización o empresa. Su función principal es facilitar una comunicación eficiente y efectiva, tanto interna como externa, asegurando que las llamadas sean atendidas y dirigidas adecuadamente. Además, el telefonista desempeña un papel crucial al ayudar a los usuarios a aprovechar al máximo las funciones avanzadas de la central digital y al garantizar que las comunicaciones se manejen de manera profesional y confidencial.

El telefonista es un punto de contacto clave para usuarios internos y externos, brindando asistencia, coordinación y resolución de problemas en relación con las comunicaciones telefónicas. Su capacitación continua y su conocimiento de las funciones de la central digital son esenciales para garantizar un servicio de alta calidad.

6 Bibliografía

- Scielo

Capítulo 530

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL ALMACÉN HOSPITALARIO

DAVID MECINAS CASAS

BEGOÑA PALACIOS MICO

ROSA YASMIN BOGOTÁ CASTRO

MANUEL PALACIOS GARCÍA-CHINCHILLA

DAVID MORENO GÓMEZ

1 Introducción

El papel del celador en el almacén hospitalario va a ser fundamental para que en cualquier centro de salud el almacén funcione de forma eficiente y segura. Los celadores van a desempeñar un papel importante a la hora de gestionar los suministros médicos y también van a garantizar que los productos necesarios estén disponibles cuando sea necesario.

En primer lugar, el equipo de celadores va a ser el responsable de recibir, almacenar y distribuir suministros médicos de una manera organizada y eficiente. Esto va a incluir medicamentos, suministros quirúrgicos, equipos médicos y otros productos esenciales. Su trabajo va a consistir en registrar el inventario con precisión, asegurándose de que no haya escasez ni exceso de productos.

Además, van a trabajar en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para responder a las solicitudes de suministros de una forma rápida. La

capacidad de comunicarse eficazmente y comprender cuáles son las necesidades de cada departamento va a ser fundamental.

En situaciones de emergencia, los celadores podrán desempeñar un papel importante en la entrega rápida de suministros médicos, facilitando a una atención eficaz al paciente. También son responsables de mantener el almacén limpio y ordenado, garantizando un ambiente seguro y libre de contaminación.

2 Objetivos

El principal objetivo de este capítulo es:

-Dar a conocer la labor que realiza el celador en el almacén 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

A continuación, se describen minuciosamente algunas de las básicas obligaciones de un celador en el almacén hospitalario:

1. Va a recibir la mercancía en el almacén asegurándose de que los bultos que hay están en el albarán de entrega. También comprobará la cantidad, la calidad y la fecha de caducidad de los productos, asegurándose físicamente de que todo esté en orden antes de almacenarlos.
2. Almacenamiento: Una vez que se han recibido los suministros se deben almacenar y suministrar en las plantas y servicios del hospital de una forma organizada y cumpliendo las normas de seguridad y salud. Esto va a incluir organizar los productos por fecha de vencimiento garantizando que se utilicen en el orden correcto.
3. El celador mantendrá actualizados los registros del inventario. Estos deben mantener un sistema de seguimiento para saber cuántos productos están disponibles en un momento dado y cuándo es necesario que se vuelvan a reponer. Según las señales del stock.

4. Se van a repartir los suministros en los lugares donde sean utilizados, de tal forma que sea de una forma eficiente, garantizando que el producto llegue en el momento adecuado. Van a colaborar en el recuento del material.
5. Encargados de los residuos médicos y con peligros para que se eliminen y se manejen según las regulaciones y procedimientos adecuados.
6. Control de las entradas y de las salidas. Como en otras estancias, el celador se va a encargar de vigilar que solo aquellas personas que tengan permiso estén en esas zonas.
7. Otorgar al personal que sea responsable del almacén los albaranes en los cuales van a venir detalladas las entradas diarias del material que se recibe.
8. Cualquier otra función que el jefe de almacén considere necesaria, dentro de la categoría de celador.

5 Discusión-Conclusión

No se puede negar la importancia de los celadores en el almacén del hospital. Estos profesionales van a desempeñar un papel fundamental en el proceso de suministros de la mercancía del hospital, pues garantizan que el material médico vaya a estar disponible cuando sea necesario, en condiciones insuperables y seguras. Mantener el almacén limpio y ordenado es importante para evitar la contaminación del material y garantizar su seguridad.

Los celadores gestionan el inventario, evitando la escasez y el desperdicio de recursos y van a trabajar en estrecha colaboración con el personal médico y de enfermería para satisfacer las solicitudes médicas. En una emergencia, su capacidad para entregar suministros rápidamente puede marcar una diferencia en la vida de un paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 531

EL TELEFONISTA Y LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD DE LAS CENTRALITAS

ELENA ORTEGA GOMEZ

OLGA MARTÍNEZ ORTEGA

MARTA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

Los sistemas de seguridad de las centralitas telefónicas, también conocidas como centralitas telefónicas privadas (PBX), son una parte fundamental de la infraestructura de comunicación de una organización. Estos sistemas se utilizan para gestionar y dirigir llamadas telefónicas dentro de una empresa y, como cualquier otra tecnología, deben contar con medidas de seguridad para proteger la privacidad de las comunicaciones y prevenir el acceso no autorizado. A continuación, se describen algunos de los sistemas de seguridad comunes que se aplican a las centralitas:

- Contraseñas y Códigos de Acceso: Las centralitas deben estar protegidas por contraseñas y códigos de acceso sólidos. Estos códigos evitan que personas no autorizadas tengan acceso a la configuración y las funciones avanzadas del sistema.
- Identificación de Llamadas: La identificación de llamadas permite que la centralita muestre el número de teléfono del llamante en la pantalla del usuario. Este sistema es útil para identificar llamadas no deseadas o fraudulentas.

- Autenticación de Usuarios: Los usuarios autorizados deben autenticarse antes de poder acceder a funciones críticas del sistema, como la configuración o la grabación de llamadas.
- Registro de Llamadas: La centralita debe mantener un registro de todas las llamadas entrantes y salientes. Estos registros son útiles para la auditoría y el seguimiento de la actividad de llamadas.
- Restricciones de Llamadas: Se pueden establecer restricciones de llamadas para evitar que se realicen llamadas no autorizadas o costosas. Por ejemplo, se pueden bloquear las llamadas internacionales o de larga distancia.

2 Objetivos

- Explicar el papel importante del telefonista en la gestión de los sistemas de seguridad de las centralitas telefónicas en una organización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 telefonista desempeña un papel importante en la gestión de los sistemas de seguridad de las centralitas telefónicas en una organización. Aunque su enfoque principal puede ser la atención telefónica y la gestión de llamadas, también tiene la responsabilidad de contribuir a la seguridad de las comunicaciones. Aquí hay algunas formas en las que el telefonista puede estar involucrado en los sistemas de seguridad de las centralitas:

- Verificación de Identidad: Cuando se reciben solicitudes para acceder a funciones avanzadas de la centralita o realizar cambios en la configuración, el telefonista puede verificar la identidad de la persona que hace la solicitud para asegurarse de que esté autorizada. Esto ayuda a prevenir el acceso no autorizado.

- Manejo de Llamadas de Seguridad: En situaciones de emergencia o llamadas de seguridad críticas, como una llamada de un paciente en un hospital o una llamada de un cliente con información confidencial, el telefonista debe seguir protocolos específicos para garantizar que la llamada se maneje adecuadamente.
- Detección de Llamadas Sospechosas: El telefonista puede estar capacitado para detectar llamadas sospechosas o no autorizadas y tomar medidas apropiadas, como notificar a la seguridad de la organización o seguir procedimientos específicos para abordar la situación.
- Educación del Usuario: El telefonista puede brindar información y educación a los usuarios internos sobre las funciones de seguridad disponibles en la centralita, como la identificación de llamadas y el uso de contraseñas fuertes.
- Informar de Incidentes de Seguridad: Si el telefonista detecta un incidente de seguridad o una actividad inusual en las llamadas, debe informar de inmediato al personal de seguridad o al departamento de TI de la organización.
- Cumplimiento de Políticas de Seguridad: El telefonista debe seguir y hacer cumplir las políticas y procedimientos de seguridad establecidos por la organización, incluyendo el uso de contraseñas y el acceso a funciones de la centralita.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del telefonista en relación con los sistemas de seguridad de las centralitas es esencial para garantizar la protección de la privacidad de las comunicaciones y la integridad de la infraestructura de telecomunicaciones en una organización. El telefonista desempeña un papel clave en la gestión de llamadas y la interacción con los usuarios, lo que lo convierte en un actor importante en la aplicación de medidas de seguridad en el ámbito de las comunicaciones telefónicas.

El telefonista puede contribuir a la seguridad de las centralitas de diversas maneras, incluyendo la verificación de identidad de los solicitantes de funciones avanzadas, la detección de llamadas sospechosas o no autorizadas, la educación de los usuarios sobre funciones de seguridad y la notificación de incidentes de seguridad.

6 Bibliografía

- Scielo y Pubmed

Capítulo 532

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA

DAVID MECINAS CASAS

BEGOÑA PALACIOS MICO

ROSA YASMIN BOGOTÁ CASTRO

MANUEL PALACIOS GARCÍA-CHINCHILLA

DAVID MORENO GÓMEZ

1 Introducción

Según se especifica en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad, la atención a la salud mental se va a realizar en el ámbito comunitario y, se va a evitar, en la medida de lo posible, la hospitalización, la cual se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

Se define la salud mental como un estado de bienestar individual donde el individuo va a ser capaz de enfrentarse a las peticiones psicosociales del día a día, siendo consciente de lo que es capaz y pudiendo ajustarse e integrarse efectivamente en el mundo que le rodea.

Según la OMS, se define la salud como el estado completo de bienestar físico, psíquico y mental, y no solamente la ausencia de enfermedades.

El celador en esta unidad tendrá un papel asistencial importante, puesto que va a tener que garantizar un entorno terapéutico, seguro y humanitario para aque-

llas personas que se encuentren ahí. Esto será esencial para su proceso de recuperación.

Va a tener que estar preparado para poder intervenir en situaciones que sean de emergencia, donde tendrá que garantizar la seguridad tanto del personal médico como del paciente. Por lo que el celador va a tener un papel pluridisciplinario y primordial, tanto con el paciente como con el personal, para que el área funcione efectivamente.

2 Objetivos

Se destaca que el objetivo principal de este capítulo es:

1. Conocer cuál es la labor principal del celador en la unidad 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

La red psiquiátrica va a estar formada por:

1. Centros de Salud Mental.
2. Estructuras intermedias.
3. Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

El papel que tiene el celador en la unidad de psiquiatría de los hospitales generales va a ser de gran importancia, porque van a cuidar el bienestar de la persona que vaya a necesitar una atención y/o tratamiento psiquiátrico especializado. Responsabilidades clave:

1. Control y observación de los pacientes debido a que pueden tener comportamientos que no se puedan predecir y también puede ser agresivos, debido a esto deben de estar formados para poder actuar.
2. Vigilan las entradas y las salidas, evitando que entren en la unidad personas que no están autorizadas para estar ahí. También van a comprobar que los pacientes

estén en armonía y tengan un orden interviniendo las situaciones de crisis o agitación.

3. Control de suministros: van a recoger y reponer productos y medicación de la farmacia y también va a controlar el suministro de tabaco de aquellos que lo tengan permitido.

4. Ayuda en el aseo de los pacientes: los celadores van a controlar de que las personas que no quieran asearse lo hagan y ayudará a quien lo necesite.

5. Transporte de mobiliario o aparatos.

6. Acompaña a los pacientes a las Unidades y Consultas del Centro, así como a los paseos por las zonas ajardinadas junto con el personal sanitario.

7. Presta auxilio a las personas sanitarias que administren inyectables y tratamientos a pacientes que no sean capaces y se nieguen a colaborar.

En todo momento, el celador debe evitar hacer comentarios con la familia y visitantes sobre exploraciones, diagnósticos y tratamientos de los pacientes. Y mucho menos sobre el pronóstico de estos. Tampoco realizarán funciones que no correspondan con su categoría.

Algunos hospitales psiquiátricos ofrecen terapia ocupacional como parte del tratamiento. Los celadores pueden participar en estas actividades, facilitando la participación de los pacientes en tareas terapéuticas que promuevan la recuperación y la autonomía.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el área de psiquiatría va a ser importante debido a que su papel va a consistir en garantizar la seguridad y el bienestar óptimo tanto del paciente como del personal médico.

Van a estar habilitados para vigilar constantemente el orden de la unidad, interviniendo en situaciones de agitación y/o crisis. Además, va a prestar ayuda asistencial al equipo sanitario facilitando su labor.

Deberá reponer y vigilar que haya el número necesario de suministros y los trasladará junto con el mobiliario al lugar donde se necesite.

En conclusión, el papel del celador en esta unidad va a ser importante, puesto que al realizar diversas tareas va a permitir que el resto de categorías se centre en sus competencias.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 533

EL TELEFONISTA Y LA SEGURIDAD DINÁMICA

ELENA ORTEGA GOMEZ

OLGA MARTÍNEZ ORTEGA

MARTA ORTEGA GOMEZ

1 Introducción

La seguridad dinámica se refiere a un enfoque de seguridad informática y cibernética que se adapta y responde en tiempo real a las amenazas y riesgos emergentes. A diferencia de los sistemas de seguridad estáticos que se basan en reglas predefinidas y estáticas, la seguridad dinámica utiliza técnicas avanzadas y tecnologías para identificar y mitigar activamente las amenazas a medida que surgen. Aquí hay algunas características clave de la seguridad dinámica:

- **Monitoreo Continuo:** La seguridad dinámica implica el monitoreo constante de la infraestructura de TI, redes y sistemas en busca de actividades inusuales o sospechosas. Esto se logra mediante la recopilación y el análisis de datos en tiempo real.
- **Detección de Amenazas en Tiempo Real:** La seguridad dinámica utiliza herramientas de detección de amenazas avanzadas, como análisis de comportamiento, inteligencia artificial y aprendizaje automático, para identificar amenazas en tiempo real. Estas tecnologías pueden detectar patrones anómalos y actividades maliciosas.

- Respuesta Automatizada: Cuando se detecta una amenaza, la seguridad dinámica puede tomar medidas de respuesta automáticamente, como bloquear una dirección IP sospechosa, aislar un sistema comprometido o alertar a un equipo de seguridad para una intervención inmediata.
- Adaptación a Nuevas Amenazas: La seguridad dinámica se adapta a medida que las amenazas evolucionan. Puede incorporar actualizaciones de firmas de malware, parches de seguridad y reglas de seguridad en tiempo real para abordar las amenazas emergentes.

2 Objetivos

-Explicar el papel en la detección y gestión de posibles amenazas y riesgos en el ámbito de las comunicaciones telefónicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 la seguridad dinámica se centra en contribuir a mantener un entorno de comunicación seguro y protegido dentro de la organización. Aunque el telefonista puede no estar directamente involucrado en la implementación de medidas de seguridad cibernética, desempeña un papel importante en la detección y gestión de posibles amenazas y riesgos en el ámbito de las comunicaciones telefónicas. Aquí se describen algunas formas en las que el telefonista puede estar relacionado con la seguridad dinámica:

- Detección de Llamadas Anómalas: El telefonista puede notar patrones de llamadas inusuales o sospechosas, como llamadas repetidas de números desconocidos o llamadas con solicitudes de información sensible. Esto puede ser un indicio de intentos de phishing telefónico u otros ataques.

- Verificación de Identidad: Cuando se realizan solicitudes telefónicas para acceder a información confidencial o realizar acciones críticas, el telefonista puede verificar la identidad del solicitante para asegurarse de que esté autorizado antes de proporcionar información o realizar cambios.
- Manejo de Llamadas de Emergencia: En situaciones de emergencia, como llamadas de pacientes en un hospital o llamadas relacionadas con la seguridad, el telefonista debe seguir procedimientos específicos para garantizar que la llamada se maneje adecuadamente y que se tome la acción adecuada.
- Notificación de Incidentes de Seguridad: Si el telefonista detecta llamadas o situaciones que plantean preocupaciones de seguridad, debe notificar al equipo de seguridad de la organización o seguir procedimientos de informes de incidentes.
- Educación de Usuarios: El telefonista puede proporcionar educación básica sobre seguridad telefónica a los usuarios internos y externos, como la importancia de no compartir información confidencial por teléfono o estar alerta ante posibles intentos de estafa telefónica.
- Cumplimiento de Políticas de Seguridad: El telefonista debe estar familiarizado con las políticas y procedimientos de seguridad establecidos por la organización y asegurarse de que se cumplan al manejar llamadas y proporcionar información.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del telefonista en relación con la seguridad dinámica es fundamental para mantener un entorno de comunicación seguro y protegido dentro de la organización. Aunque su función principal es la gestión de llamadas telefónicas y la atención al cliente, el telefonista desempeña un papel importante en la detección y gestión de posibles amenazas y riesgos en el ámbito de las comunicaciones telefónicas.

El telefonista puede contribuir a la seguridad dinámica mediante la detección de llamadas inusuales o sospechosas, la verificación de la identidad de los solicitantes, el manejo de llamadas de seguridad y la notificación de incidentes de seguridad.

6 Bibliografia

- Scielo

Capítulo 534

DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL ÁMBITO SANITARIO

SOFÍA LAFUENTE MENÉNDEZ

MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ

AROA PELÁEZ CANO

1 Introducción

El suicidio es un problema de salud pública que está aumentando en todo el mundo y que a día de hoy es la primera causa de muerte por circunstancias no naturales, por encima incluso de los conflictos armados o los accidentes de tráfico. Su origen no se puede atribuir a una sola causa, sino a varias (psicológicas, sociales, culturales, biológicas, etc).

Según la zona geográfica, la edad, el sexo, etc., las condiciones en las que se produce el suicidio son diferentes, pero existen una serie de premisas comunes que son:

- Más del 75% de los suicidios se producen en países con un nivel bajo de ingresos.
- Los intentos de suicidio se dan más entre las personas del sexo femenino y las personas jóvenes, mientras que el suicidio consumado es más frecuente en las personas del sexo masculino.
- Existe una relación entre el suicidio y ciertas enfermedades mentales como la depresión y el alcoholismo. Pero también hay que tener en cuenta los suicidios cometidos de manera impulsiva que tienen su origen en situaciones sobrevenidas como problemas económicos, actos violentos, pérdidas de seres queridos, etc.
- El hecho de haber intentado suicidarse constituyó el principal factor de riesgo.

-Los tabúes que existen en torno al suicidio hacen que las personas se avergüencen y no acudan a pedir ayuda.

-En cuanto a los métodos para llevar a cabo el suicidio, los hombres suelen recurrir más al ahorcamiento o al disparo con arma de fuego, mientras que en las mujeres es más habitual tomar barbitúricos o precipitarse desde lugares de altura. Y en las zonas rurales o de pocos ingresos es frecuente el auto envenenamiento con pesticidas.

A la hora de hablar de suicidio es necesario tener claro y diferenciar entre estos conceptos:

-Ideación suicida, cuando lo único que existe son los pensamientos o ideas sobre el suicidio.

-Comunicación suicida, en la que ya se manifiesta la intención de llevar a cabo el suicidio e incluso ya se cuenta con un plan de cómo hacerlo.

-Conducta suicida, donde ya se produce un acto autolesivo cuyas consecuencias pueden ir desde una lesiones (intento de suicidio) hasta la muerte (suicidio consumado).

2 Objetivos

Con este trabajo de investigación se pretende hacer un recorrido por las líneas de actuación que se siguen en nuestro sistema sanitario a la hora de abordar el suicidio en España para:

1. Exponer cuales son los criterios y herramientas que se utilizan en el ámbito sanitario para detectar ideaciones o conductas suicidas.
2. Examinar cuales son los ámbitos en los que opera el personal sanitario para detectar por un lado y prevenir por otro, las conductas suicidas de los pacientes.
3. Describir los procesos que se siguen una vez que el paciente contacta con los servicios sanitarios como consecuencia de un intento autolítico.

3 Metodología

Utilizando las palabras clave “suicidio”, “prevención del suicidio” y “detección del suicidio en el ámbito sanitario”. Buscamos información en varias de las principales bases de datos: PubMed, Scielo, Cochrane, Google Académico y en blogs de salud, encontrando un total de 17 artículos, de los cuales se seleccionaron varios artículos en base a los objetivos anteriormente descritos.

4 Resultados

Los instrumentos que se utilizan en el ámbito sanitario para detectar el suicidio son la entrevista clínica y como complemento a ella, las llamadas “escalas de evaluación”.

La entrevista clínica es básicamente la conversación que se mantiene con el paciente, dónde se intenta averiguar si este piensa en el suicidio. Para ello es necesario crear un clima en el que el paciente se sienta cómodo y partir de ahí hacerle preguntas sobre sus antecedentes personales y familiares; si tiene algún tipo de estrés familiar o laboral; si tiene depresión, ansiedad o nerviosismo; si se aprecian indicios de agresividad o impulsividad, si consume alcohol o drogas; si se siente desesperado o incapaz de afrontar la vida; si ha pensado alguna vez en el suicidio; si ha llegado a idear un plan para ello; si incluso ha llegado a fijar un plazo para llevar a cabo ese plan etc.

Las escalas de evaluación son una especie de cuestionarios con un determinado número de preguntas, a los que se responde con un “sí” o un “no”, y en función de ello se asigna una puntuación. Dependiendo de cuál sea la puntuación final se determinará si existe algún riesgo y el grado del mismo. Existen varios tipos de escalas de valoración (Beck, Is Path Warm, Sad Persons), que permiten medir el grado de depresión, de pensamiento suicida, de intencionalidad suicida, etc.

En el servicio de Atención Primaria es donde primero se detectan los casos de ideación suicida, porque es donde el paciente tiene una relación más habitual y más de confianza. Desde este servicio, dependiendo del grado del riesgo de suicidio que se aprecie, se derivará al paciente al servicio de Salud Mental, o al servicio de Urgencias Hospitalarias.

Al servicio de Urgencias llegan aquellos pacientes que tienen una intención manifiesta de suicidarse, que lo han intentado o que tienen alguna patología que representa un riesgo alto de suicidio. Lo primero que se hace es estabilizar al paciente, y tras la valoración psiquiátrica y en función de las lesiones (si es que se ha producido un intento fallido de suicidio), se decide o bien dar el alta y derivar al servicio de Salud Mental u ordenar su ingreso en la Unidad de Psiquiatría del hospital. Cabe señalar que los pacientes ingresados en las unidades de psiquiatría requieren de una vigilancia constante, ya que existe cierto porcentaje de estos pacientes que se suicida o al menos lo intenta, durante su estancia en estas unidades.

5 Discusión-Conclusión

El suicidio supone un grave problema de salud a nivel mundial, por lo que la Organización Mundial de la Salud aconseja que todos los sistemas sanitarios incorporen la prevención del suicidio como uno de sus objetivos.

La detección precoz, el tratamiento de las personas de riesgo y el seguimiento después del intento autolítico, son las principales herramientas con las que se trabaja desde el ámbito sanitario para prevenir el suicidio.

El personal sanitario ha de tener una formación adecuada que le permita identificar cuando se está ante un paciente con perfil de ideación o conducta suicida, cuales son factores de riesgo y las señales de alarma que ponen sobre aviso.

El suicidio sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad, lo que hace que mucha gente sienta vergüenza y evite hablar de ello. Por esta razón, el personal sanitario debe contar con ciertas habilidades y técnicas de comunicación que hagan posible que el paciente se sienta cómodo, relajado y en confianza para poder expresar cómo se siente y lo que le está pasando. Entre esas habilidades se encuentran por ejemplo: practicar una escucha activa, permitirle que exprese sus ideas suicidas y tomarlas siempre en serio, usar un tono de voz empático, mantener el contacto visual, mostrar interés y comprensión con sus sentimientos, no juzgar, hacer preguntas abiertas, no quitar responsabilidad a sus actos, evitar cambiar de tema o restarle importancia, transmitir tranquilidad y abordar el tema pensando en solucionarlo.

6 Bibliografía

- 1.EUREGENES. (s.f.). Confederación Salud Mental España. Obtenido de Directrices Generales para la Prevención del Suicidio: <https://consaludmental.org/publicaciones/Directricesprevencionsuicidio.pdf>.
- 2.MSPSI. (s.f.). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. Obtenido de Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf.
- 3.Salud, S. C. (2021). Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Canarias. Obtenido de Dirección General de Programas Asistenciales y Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=87450fff-11ec-8489-0f64eb00dcc8&idCarpeta=f0ae71f7-a98d-11dd-b574-dd4e320f085c>.

4.UCOSAM. (2018). Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio. Obtenido de Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad: <https://www.astursalud.es/documents/35439/38037/PLAN%20DE%20SALUD%20MENTAL%202023%202030%20.pdf/3529f69c-b839-3af9-7f6e-05c13b7174c3>.

Capítulo 535

EL CELADOR Y EL TRASLADO DE DOCUMENTOS Y OBJETOS

DAVID MECINAS CASAS

BEGOÑA PALACIOS MICO

ROSA YASMIN BOGOTÁ CASTRO

MANUEL PALACIOS GARCÍA-CHINCHILLA

DAVID MORENO GÓMEZ

1 Introducción

El Estatuto de Personal no Sanitario establece en su artículo 14.2 como una de las primeras funciones de los celadores la siguiente: “tramitaran o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se requiera”. Además de aquellas tradicionales.

Los celadores se van a coordinar con el personal sanitario y administrativo para garantizar que la información va a llegar a tiempo y de que los recursos que se van a necesitar estén disponibles cuando se necesiten.

Una de las responsabilidades clave del celador con esta función va a ser la confidencialidad y la seguridad. Se van a asegurar de que los documentos y los objetos sean trasladados con cuidado.

El celador en el traslado de documentos y objetos en el hospital va a ser un elemento esencial para gestionar eficientemente la información y los recursos. Sus funciones va a facilitar la continuidad en la atención médica, la seguridad de la información y una eficacia operativa en el entorno hospitalario, convirtiendo al celador en un componente de gran importancia en el equipo de atención médica.

2 Objetivos

1. Conocer e identificar las competencias del celador.
2. Identificar qué le corresponde o no al celador trasladando documentación y objetos.

3 Metodología

Para recoger información y poder hacer el presente capítulo se ha hecho una indagación de información recopilando información destacada e importante. Se han buscado palabras clave como: celador, documentos, objetos, traslado.

Solo se ha juntado información que ha sido previamente comprobada.

4 Resultados

El celador va a realizar un papel importante trasladando documentos y objetos en el hospital, esto va a facilitar la coordinación eficaz de las operaciones realizadas en el hospital. Se van a describir a continuación tareas a realizar:

1. Traslado de documentos: es una tarea principal del celador, se va a asegurar de que va a llevar puntual y en buen estado al departamento que corresponde. Por ejemplo: historias clínicas, hojas de interconsulta, partes de quirófano.
2. Traslación de objetos: van a transportar suministros médicos como equipo médico, ropa de cama, medicamentos...Asegurándose de que van a estar disponibles cuando sean necesarios y lleguen correctamente.
3. Movimientos de aparatos y mobiliario: lo normal es que asigne por escrito aquellos deberes que corresponden al celador, pero también puede ser de forma verbal. Mantendrán un registro actualizado del nivel de inventario que hay y va a reponer lo necesario.
4. Va a reponer el material de lencería, colchones, almohadas.
5. El celador de quirófano transportará mobiliario que sea necesario en el quirófano.

6.Ordenación logística: el celador va a colaborar con el personal médico y administrativo para que haya un orden en el traslado de documentos y objetos. De esta forma, se van a priorizar tareas.

7.Seguridad y confidencialidad: el equipo de celadores va a mantener la confidencialidad y la seguridad de los documentos de los pacientes mientras los trasladan. Van a garantizar que haya una privacidad en todo momento y que los documentos no caigan en manos de quien no les corresponde.

8.Ayuda a la administración: además de funciones operativas, los celadores también pueden colaborar con tareas que sean administrativas, como registrar entregas, hacer un seguimiento de las rutas de traslado. Gracias a ellos va a haber un flujo de trabajo organizado y eficiente.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores van a formar parte de la cadena de operaciones hospitalarias que hagan que haya fluidez y una eficiencia en el reparto de información médica y objetos.

Gracias a ellos, el equipo de sanitarios puede ordenarles que hagan un traslado de mobiliario y/o comunicaciones verbales y facilitar que continúen con sus funciones médicas.

Su competencia de hacer llegar documentos médicos lo antes posible y de una manera precisa va a ser importante para tomar decisiones médicas y para la atención al paciente. También, su cuidado con el manejo de suministros médicos va a hacer que se mantengan los niveles adecuados del inventario, evitando que haya una interrupción.

6 Bibliografía

1. Celadoresonline.blogspot.com.
2. Cgtsanidadlpa.org.

Capítulo 536

FUNCIONES DEL CALEFACTOR EN LA CORROSIÓN Y MANTENIMIENTO DEL AGUA DEL HOSPITAL

JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO

RUBÉN LÓPEZ PROPÍN

DAVID AGUERO OTERO

1 Introducción

La corrosión en los sistemas de agua del hospital es un problema que puede tener graves consecuencias en términos de calidad del agua y mantenimiento de las instalaciones. Para abordar este problema, es esencial implementar un tratamiento adecuado del agua.

La corrosión puede dañar las tuberías y equipos de distribución de agua, lo que puede resultar en la contaminación del agua con metales y partículas. Esto puede representar un riesgo para la salud de los pacientes y el personal del hospital. Además, la corrosión puede aumentar los costos de mantenimiento y reemplazo de equipos.

Para prevenir la corrosión, se deben utilizar tratamientos químicos, como inhibidores de corrosión, que protejan las superficies metálicas de las tuberías y equipos. Además, es importante mantener un equilibrio adecuado de pH en el agua, ya que niveles extremos de acidez o alcalinidad pueden contribuir a la corrosión.

El monitoreo constante de la calidad del agua es esencial para detectar problemas de corrosión a tiempo. Se deben realizar análisis químicos regulares del agua para asegurarse de que los tratamientos sean efectivos y que el agua cumpla con los estándares de calidad.

La corrosión en los sistemas de agua del hospital es un problema que puede afectar la calidad del agua y la integridad de las instalaciones. El tratamiento adecuado del agua, que incluye el uso de inhibidores de corrosión y el monitoreo constante, es esencial para prevenir y controlar la corrosión y garantizar un suministro de agua seguro y confiable en el entorno hospitalario.

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 importante en el control de la corrosión y el tratamiento del agua en un entorno hospitalario. Aquí se detallan sus funciones clave:

Control de temperatura: Los calefactores se utilizan para calentar el agua en las instalaciones hospitalarias. Mantener el agua a una temperatura específica es esencial para el tratamiento químico adecuado. El agua demasiado fría puede reducir la eficacia de los productos químicos utilizados en el tratamiento y aumentar el riesgo de corrosión. Por otro lado, el agua excesivamente caliente puede acelerar la corrosión, especialmente en tuberías y equipos metálicos. Los calefactores permiten mantener el agua a la temperatura adecuada para garantizar un tratamiento químico efectivo y prevenir la corrosión.

Control de la calidad del agua: Los calefactores contribuyen al control de la calidad del agua mediante la eliminación de bacterias y microorganismos patógenos. Muchos calefactores están diseñados con sistemas de calentamiento que ayudan a mantener el agua a una temperatura que evita el crecimiento bacteriano. Esto es esencial en un entorno hospitalario, donde se requiere agua de alta calidad para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal.

Mantenimiento de equipos: Los calefactores también desempeñan un papel en el mantenimiento de los equipos de tratamiento de agua. Al mantener el agua a la temperatura adecuada, ayudan a prevenir la corrosión y el desgaste prematuro de las tuberías y otros componentes del sistema de tratamiento de agua. Esto reduce la necesidad de reparaciones y reemplazos costosos, lo que ahorra recursos financieros del hospital.

Contribución al tratamiento químico: En algunos casos, los calefactores están diseñados para funcionar en conjunto con sistemas de tratamiento químico del agua. La temperatura adecuada del agua garantiza que los productos químicos utilizados en el tratamiento sean efectivos en la prevención de la corrosión y la desinfección del agua.

Los calefactores desempeñan un papel fundamental en el control de la corrosión y el tratamiento del agua en un hospital. Su capacidad para mantener el agua a la temperatura adecuada, controlar la calidad del agua y contribuir al tratamiento químico eficaz los convierte en componentes esenciales para garantizar un suministro de agua seguro y de alta calidad en un entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar un buen mantenimiento del tratamiento del agua y prevenir la corrosión en un entorno hospitalario, es fundamental seguir estas recomendaciones:

Monitoreo constante: Implemente un sistema de monitoreo continuo de la calidad del agua y la temperatura. Esto le permitirá detectar cualquier variación inusual en tiempo real y tomar medidas preventivas de manera oportuna.

Programa de mantenimiento regular: Establezca un programa de mantenimiento rutinario para sus calefactores y equipos de tratamiento de agua. Esto debe incluir la limpieza periódica, la verificación de la eficacia de los componentes y la calibración de los sistemas de control de temperatura.

Control químico: Trabaje en estrecha colaboración con un especialista en química del agua para desarrollar un plan de tratamiento químico adecuado. Asegúrese de utilizar productos químicos de alta calidad y seguir las pautas de dosificación recomendadas. Realice análisis de agua regulares para verificar la eficacia del tratamiento.

Entrenamiento del personal: Capacite a su personal en el manejo adecuado de los sistemas de tratamiento de agua y los calefactores. Asegúrese de que comprendan la importancia de mantener las temperaturas y los niveles químicos dentro de los rangos óptimos.

Registros y documentación: Mantenga registros detallados de las operaciones de mantenimiento, los resultados de los análisis de agua y cualquier incidente de corrosión. Estos registros son esenciales para realizar un seguimiento adecuado y tomar decisiones informadas.

Evaluación periódica: Realice evaluaciones periódicas de la eficacia de su programa de prevención de la corrosión y tratamiento de agua. Siempre esté atento a las actualizaciones en tecnologías y prácticas recomendadas.

Cumplimiento normativo: Asegúrese de cumplir con todas las normativas y regulaciones aplicables relacionadas con el tratamiento del agua y la prevención de la corrosión en instalaciones hospitalarias.

Al seguir estas recomendaciones y mantener un enfoque proactivo en el cuidado del sistema de tratamiento de agua y calefacción, podrá garantizar un suministro de agua seguro y de alta calidad, además de prevenir la corrosión y los problemas asociados en su entorno hospitalario.

6 Bibliografía

DOMINGUEZ, C. D. L. V. (2019). Programa de mantenimiento preventivo y correctivo del hospital general” María Ignacia Gandulfo”.

Capítulo 537

FUNCIONES DEL CALEFACTOR EN EL USO DE REFRIGERANTES HOSPITALARIOS

JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO

RUBÉN LÓPEZ PROPÍN

DAVID AGUERO OTERO

1 Introducción

Los sistemas de refrigeración desempeñan un papel fundamental en entornos hospitalarios para mantener temperaturas adecuadas en áreas críticas, como laboratorios y farmacias, y para preservar medicamentos y muestras biológicas. A continuación, se presentan algunas consideraciones sobre el uso de refrigerantes hospitalarios en 230 palabras:

Los refrigerantes hospitalarios son sustancias utilizadas en sistemas de refrigeración y aire acondicionado dentro de las instalaciones hospitalarias. Su elección es crítica, ya que deben cumplir con los estándares de seguridad, ser eficientes energéticamente y respetuosos con el medio ambiente.

Consideraciones clave:

Seguridad y salud: Los refrigerantes deben ser seguros para el personal y los pacientes. Es fundamental evitar fugas, ya que algunos refrigerantes pueden ser tóxicos o inflamables.

Eficiencia energética: Los sistemas de refrigeración deben ser eficientes para reducir los costos operativos y el impacto ambiental. La elección de refrigerantes de bajo impacto ambiental, como los refrigerantes naturales o aquellos con bajo Potencial de Calentamiento Global (PCG), es una práctica recomendada.

Cumplimiento normativo: Los hospitales deben cumplir con regulaciones y normativas locales e internacionales que rigen el uso de refrigerantes. Esto incluye la eliminación adecuada de refrigerantes obsoletos y la capacitación del personal en el manejo seguro.

Mantenimiento regular: Los sistemas de refrigeración deben someterse a un mantenimiento regular para prevenir fugas y asegurar su funcionamiento óptimo. El personal debe estar capacitado en la detección temprana de problemas y la reparación de fugas.

Alternativas sostenibles: Los hospitales pueden considerar la adopción de sistemas de refrigeración basados en tecnologías más sostenibles, como la refrigeración magnética o la refrigeración termoeléctrica, que utilizan refrigerantes naturales y tienen un menor impacto ambiental.

Plan de contingencia: Debe existir un plan de contingencia en caso de fallos en los sistemas de refrigeración para proteger las muestras médicas y medicamentos sensibles a la temperatura.

El uso adecuado de refrigerantes hospitalarios es esencial para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal, preservar la calidad de los medicamentos y muestras, y reducir el impacto ambiental. Los hospitales deben seguir las mejores prácticas y regulaciones aplicables para asegurar un manejo responsable de estos refrigerantes en sus instalaciones.

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 sistema de refrigeración hospitalaria, contribuyendo al mantenimiento de temperaturas controladas y seguras en diversas áreas críticas del hospital. A continuación, se detallan las funciones esenciales de los calefactores en el contexto de los sistemas de refrigeración hospitalaria:

Control de temperatura: Los calefactores son responsables de elevar la temperatura en áreas específicas cuando es necesario. Esto es esencial en laboratorios, farmacias y áreas de almacenamiento de medicamentos, donde se requieren condiciones de temperatura controlada para preservar la eficacia de los productos y garantizar la integridad de las muestras biológicas.

Prevención de condensación: En entornos hospitalarios, la condensación puede ser perjudicial, ya que puede dañar equipos sensibles y productos médicos. Los calefactores evitan la formación de condensación al mantener las superficies por encima del punto de rocío, lo que ayuda a preservar la calidad de los productos y la seguridad del entorno.

Mantenimiento de ambientes críticos: En áreas como las salas de operaciones y las unidades de cuidados intensivos, los calefactores son esenciales para mantener una temperatura ambiente adecuada para los pacientes. Esto garantiza un entorno cómodo y seguro durante procedimientos médicos críticos.

Protección de equipos médicos: Muchos equipos médicos son sensibles a las temperaturas extremas. Los calefactores contribuyen a mantener los equipos a una temperatura óptima, lo que prolonga su vida útil y asegura su funcionamiento adecuado.

Cumplimiento normativo: Los sistemas de refrigeración hospitalaria deben cumplir con regulaciones estrictas en cuanto a la temperatura y la calidad del aire en áreas críticas. Los calefactores desempeñan un papel importante en garantizar que se mantengan los estándares requeridos por agencias reguladoras.

Eficiencia energética: Los calefactores deben operar de manera eficiente para

minimizar el consumo de energía. Esto implica la selección de equipos adecuados y la programación de sistemas para funcionar solo cuando sea necesario, lo que contribuye a reducir los costos operativos y el impacto ambiental.

Respuesta a emergencias: En situaciones de emergencia, como fallas en el sistema de refrigeración, los calefactores pueden utilizarse para mantener las condiciones de temperatura críticas durante un tiempo limitado, evitando daños a medicamentos y muestras médicas.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar un buen mantenimiento del refrigerante hospitalario, es esencial que los calefactores cumplan su función de manera efectiva. Aquí tienes algunas recomendaciones clave para lograrlo:

En primer lugar, es importante realizar un seguimiento regular de los calefactores y su funcionamiento. Esto incluye inspecciones periódicas para asegurarse de que estén en buen estado y sin obstrucciones que puedan afectar su rendimiento.

En segundo lugar, se debe llevar un registro de las temperaturas en las áreas críticas donde se utilizan los calefactores. Esto ayudará a identificar cualquier fluctuación anormal y tomar medidas correctivas de manera oportuna.

Además, se debe capacitar al personal encargado del mantenimiento para que esté familiarizado con el funcionamiento de los calefactores y pueda resolver problemas comunes de manera eficiente.

Por último, es esencial seguir las recomendaciones del fabricante en cuanto al mantenimiento preventivo y las pautas de limpieza. Esto asegurará que los calefactores operen de manera óptima y prolongará su vida útil.

Un mantenimiento adecuado de los calefactores es esencial para garantizar un funcionamiento eficiente del sistema de refrigeración hospitalaria. Esto contribuirá a mantener las condiciones de temperatura necesarias para la seguridad y la calidad de los productos médicos y el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

DOMINGUEZ, C. D. L. V. (2019). Programa de mantenimiento preventivo y correctivo del hospital general” María Ignacia Gandulfo”.

Capítulo 538

FUNCIONES DEL CALEFACTOR EN EL CLIMATIZADOR GENERAL DEL HOSPITAL

JOSÉ MANUEL COLOMO BERMEJO

RUBÉN LÓPEZ PROPÍN

DAVID AGUERO OTERO

1 Introducción

El climatizador general en un hospital desempeña un papel esencial en la creación de un entorno de atención óptimo para pacientes, personal médico y visitantes. Consiste en un sistema de climatización centralizado que regula la temperatura, la humedad y la calidad del aire en todo el edificio hospitalario. Aquí hay una descripción de sus funciones y beneficios:

Control de temperatura: El climatizador general mantiene una temperatura interior constante y cómoda, lo que es esencial para la comodidad de los pacientes y el rendimiento del personal médico.

Humedad adecuada: Controla la humedad relativa en el hospital para prevenir la sequedad excesiva o la humedad elevada, lo que puede afectar la salud y el bienestar de las personas.

Filtración del aire: El sistema está equipado con filtros de alta eficiencia que eliminan partículas, alérgenos y microorganismos del aire, mejorando así la calidad del aire interior y reduciendo el riesgo de infecciones nosocomiales.

Circulación del aire: Distribuye el aire de manera uniforme en todas las áreas, lo que ayuda a prevenir la acumulación de contaminantes y asegura un suministro constante de aire fresco.

Eficiencia energética: Los climatizadores modernos están diseñados para ser eficientes desde el punto de vista energético, lo que ayuda a reducir los costos operativos y el impacto ambiental.

Zonificación: Puede dividir el hospital en zonas para ajustar las condiciones de temperatura y humedad según las necesidades específicas de cada área, como quirófanos, habitaciones de pacientes o áreas de espera.

Seguridad: Garantiza que las condiciones ambientales cumplan con los estándares de seguridad y confort necesarios para el tratamiento médico y la recuperación de los pacientes.

Monitoreo y control: Permite un control centralizado y un monitoreo constante de las condiciones del aire en tiempo real, lo que facilita la detección temprana de problemas y su resolución.

El climatizador general en un hospital es esencial para crear un ambiente interior saludable y confortable que promueva la recuperación de los pacientes y mejore las condiciones de trabajo del personal médico. Su capacidad para controlar la temperatura, la humedad y la calidad del aire contribuye significativamente a la eficacia y la seguridad de la atención médica en un entorno hospitalario.

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 crucial en el funcionamiento del climatizador general del hospital, contribuyendo a mantener un ambiente interior óptimo para pacientes, personal médico y visitantes. A continuación, se detallan sus funciones dentro de este sistema integral de climatización:

Control de temperatura: El calefactor ajusta la temperatura del aire suministrado al interior del hospital. Puede calentar el aire en invierno para proporcionar comodidad térmica a pacientes y personal, especialmente en áreas como habitaciones de pacientes y salas de espera.

Mantenimiento de la temperatura constante: Trabaja en conjunto con otros componentes del sistema de climatización para garantizar que la temperatura interior se mantenga constante, independientemente de las condiciones climáticas exteriores. Esto es esencial para el confort de los ocupantes y para cumplir con las regulaciones de salud y seguridad.

Zonificación: El calefactor puede estar asociado con un sistema de zonificación que permite ajustar la temperatura en diferentes áreas del hospital según las necesidades específicas. Por ejemplo, se puede proporcionar un mayor calor en áreas sensibles al frío, como las unidades de cuidados intensivos o las salas de cirugía.

Integración con el sistema de control: Trabaja en estrecha colaboración con el sistema de control del climatizador general. Los sensores de temperatura y los termostatos supervisan constantemente las condiciones interiores y exteriores, lo que permite que el calefactor ajuste su funcionamiento para mantener la temperatura deseada.

Eficiencia energética: Los calefactores modernos están diseñados para ser eficientes desde el punto de vista energético. Esto significa que pueden proporcionar calor de manera efectiva mientras minimizan el consumo de energía, lo que es esencial para reducir los costos operativos del hospital y su impacto ambiental.

Calidad del aire interior: El calefactor puede estar equipado con sistemas de filtración que ayudan a mantener una alta calidad del aire interior. Esto es fundamental para reducir la propagación de alérgenos y patógenos, lo que contribuye a la seguridad de los pacientes y el personal.

Programación y automatización: Los calefactores pueden programarse para que funcionen según un horario predefinido y pueden integrarse con sistemas de automatización y gestión de edificios. Esto permite un control preciso y eficiente de la temperatura.

El calefactor desempeña un papel esencial en el climatizador general del hospital al proporcionar un control preciso de la temperatura y garantizar el confort térmico en todo el edificio. Su eficiencia energética y capacidad para trabajar en conjunto con otros componentes del sistema son fundamentales para mantener un ambiente interior saludable y cómodo, lo que es crucial en un entorno de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

La recomendación clave para el calefactor en el climatizador general del hospital es priorizar la eficiencia energética y la calidad del aire interior. En primer lugar, es esencial seleccionar calefactores de alta eficiencia que minimicen el consumo de energía, reduciendo así los costos operativos y el impacto ambiental del hospital. Además, la integración con sistemas de control avanzados y la programación adecuada son fundamentales para optimizar su funcionamiento.

En segundo lugar, es crucial implementar sistemas de filtración y purificación de aire de alta calidad en los calefactores. Esto contribuye a mantener una atmósfera interior saludable al reducir la propagación de patógenos y alérgenos, lo que es especialmente importante en un entorno hospitalario.

La elección de calefactores eficientes y la inversión en sistemas de purificación de aire son recomendaciones esenciales para garantizar un ambiente interior cómodo y saludable en el hospital, lo que beneficia tanto a pacientes como a personal médico y visitantes.

6 Bibliografía

DOMINGUEZ, C. D. L. V. (2019). Programa de mantenimiento preventivo y correctivo del hospital general” María Ignacia Gandulfo”.

Capítulo 539

EXPOSICIÓN DE LAS FOBIAS DE LOS PACIENTES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS EXPUESTO POR LOS CELADORES

HUGO MIGUEL FRANCISCO FERREIRO

MARA GARCIA GARRIDO

CRISTINA DE LA VEGA VICENTE

MAR BELDA MARCO

LOURDES VICENTE VALENCIA

1 Introducción

Si nos guiamos por el DSM-V, entonces una fobia específica es un miedo extremo o irracional, intenso y bastante persistente. Esto causa ansiedad cuando ciertas cosas o situaciones, como animales, espacios cerrados, oscuridad, tormentas, sangre, inyecciones, atención médica como visitar al dentista, conducir o realizar un viaje largo, están presentes o se anticipan, etc. Hay que recordar que las fobias a la sangre o a las inyecciones suelen provocar náuseas y mareos y el miedo no suele manifestarse; por esta razón, se incluyen en una subcategoría diferente y requieren una terapia de exposición completamente diferente porque no se pueden controlar. Los signos vitales in vivo son los mismos que en otras fobias.

Un estímulo fóbico es lo que sucede cuando te expones al desencadenante de la fobia y provoca de inmediato una reacción de ansiedad que induce un ataque de pánico. Si bien puede resultar difícil determinar en la población infantil si esta respuesta es una fobia o un miedo exagerado a los estímulos de refuerzo positivo, en los niños puede manifestarse como llanto, rabietas, permanecer inmóvil o aferrarse a uno de los cuidadores principales y derivados de ocasiones anteriores. Los celadores deben de saber actuar ante un usuario que tiene una fobia, y tratar de tranquilizar al usuario.

2 Objetivos

Conocer las fobias que se pueden encontrar los celadores, en los pacientes, en los centros hospitalarios para poder enfrentarse a ellas y saber como actuar.

3 Metodología

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

4 Resultados

En la mayoría de los casos, los pacientes evitan situaciones que involucran estímulos fóbicos o los toleran mientras experimentan síntomas de ansiedad o malestar severo. Cuando se experimentan estímulos incontrolables debido a la fobia, evitar la anticipación ansiosa o incómoda de los estímulos puede interferir significativamente con la rutina normal de cada persona y sus actividades diarias, como el trabajo, la escuela o las actividades sociales. El estímulo y los síntomas fóbicos deben persistir durante al menos seis meses para poder diagnosticar a alguien que todavía es un adolescente o un niño. No se debe aprovechar la presencia de otros trastornos, como el trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno de estrés postraumático, los efectos de medicamentos o fármacos que se toman, ni la aparición de este tipo de síntomas de ansiedad y ataques de pánico en respuesta a estímulos específicos para explicarlos a la persona que está siendo llevada. El requisito más crucial es que el individuo debe reconocer que su miedo a

determinados estímulos o situaciones fóbicas es excesivo y que cree que es excesivo. A pesar de ser muy debatido, este criterio ha ganado fuerza recientemente para diferenciarlo de los miedos delirantes, que son una psicopatología completamente distinta. No hace falta decir que la persona siempre debe, sin exposición alguna, reconocer la naturaleza irracional de su miedo fuera del contexto de la circunstancia que lo ha causado. La exposición en persona a los estímulos que provocan estas fobias específicas produce los mejores resultados en su tratamiento. Antes de iniciar la terapia, las partes deben acordar controlar estos estímulos generadores y llevar a cabo la terapia bajo la supervisión del terapeuta hasta lograr el resultado deseado. La importancia de que se vaya a profesionales para evitar llegar a más.

5 Discusión-Conclusión

La exposición in vivo a fobias específicas ha sido muy controvertida, pero es realmente efectiva. Se trata de terapias que ensayan previamente el encuentro con el estímulo fóbico en la imaginación. La realidad virtual ha traído grandes avances, ya que nos permite experimentar con imágenes en la pantalla. Sin embargo, algunas fobias son difíciles de solucionar, la prueba de fuego es la exposición o desensibilización a estímulos específicos, siempre bajo la supervisión de un terapeuta. El terapeuta debe tener experiencia con el estímulo y las diferentes respuestas de los individuos ocurren in vivo y se recomiendan terapias alternativas para esto.

6 Bibliografía

Guimarães, A. M. V., da Silva Neto, A. C., Vilar, A. T. S., da Costa Almeida, B. G., de Oliveira Fermoseli, A. F., & De Albuquerque, C. M. F. (2019). Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência sobre as fobias específicas e a importância da ajuda psicológica. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNITALAGOAS*, 3(1), 115-128.

Capítulo 540

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

HUGO MIGUEL FRANCISCO FERREIRO

CRISTINA DE LA VEGA VICENTE

MARA GARCIA GARRIDO

MAR BELDA MARCO

LOURDES VICENTE VALENCIA

1 Introducción

Se deberán seguir normas técnicas que aseguren la estabilidad de las propiedades biológicas al transportar muestras biológicas desde el servicio o instalación donde se recolectan hasta el laboratorio clínico de procesamiento.

Algunas muestras deben transferirse inmediatamente al laboratorio porque los valores cambian, mientras que otras pueden retrasarse enfriándolas porque la proliferación bacteriana es muy intensa a temperatura ambiente. Por ejemplo:

- Los gases de la sangre arterial deben enviarse al laboratorio de inmediato porque cambian con el paso del tiempo.
- Examen de orina básico y urocultivo: Si los resultados no se pueden procesar de inmediato, la orina se almacenará en el frigorífico a una temperatura de 4°C durante un máximo de 24 horas.

- Coprocultivo: Si no se puede procesar en 30 minutos (para el estudio de heces), se conservará en frigorífico.
- Líquido cefalorraquídeo: Si no se puede enviar al laboratorio, la muestra se conservará siempre a 37°C (nunca a temperatura ambiente ni en nevera).

Todos los empleados involucrados en los distintos procesos relacionados con el transporte deben estar adecuadamente capacitados y tener las habilidades y experiencia necesarias para llevar a cabo sus funciones. Además, es necesario asegurarse de que sean conscientes de la importancia de lo que hacen y comprendan cómo ayuda a alcanzar objetivos de calidad.

2 Objetivos

- Exponer las funciones del celador en el transporte de muestras biológicas.
- Dar a conocer cómo se debe realizar el transporte de las muestras biológicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 preservar la integridad de las muestras de diagnóstico y mantener la estabilidad de los componentes biológicos que las componen, se requieren una serie de especificaciones sobre cómo se deben preparar y colocar los distintos contenedores, así como las circunstancias ideales para su embalaje, etiquetado y señalización, de forma que se integren en las medidas organizativas y de trabajo eficaces.

El contenido documental y registros se deben crear y adjuntarse a las muestras de diagnóstico para mostrar la trazabilidad del proceso de transporte desde que se obtiene la muestra hasta su llegada al laboratorio, manteniendo la confidencialidad de los datos.

Es necesario respetar las condiciones y exigencias de seguridad para disminuir o eliminar el riesgo de accidente del personal que manipule las muestras durante el

transporte. Destacan como merecedoras de especial consideración las siguientes situaciones:

- El transporte de la muestra dentro del propio centro de trabajo o desde un punto de extracción remoto hasta un laboratorio.
- Apertura con muestras biológicas y recepción.

1. Transporte interno:

Desde que se toma la muestra hasta que llega al laboratorio se debe evaluar un sistema de transporte interno. En un contenedor de transporte que pueda contener derrames o fugas y brindar protección adicional, se deben disponer los tubos de la extracción sobre una rejilla. La mejor ruta de transporte es aquella que mantiene a los pasajeros alejados de la cafetería, el edificio administrativo y el área de recepción.

Cabe señalar que para el transporte por carretera desde puntos de extracción lejanos se requiere un contenedor hermético para evitar fugas o derrames. Una vez cerrado y sellado el recipiente, también se debe desinfectar, limpiar y secar. El vigilante, que además es el conductor del vehículo, deberá estar pendiente del material que se transporta y recibirá instrucciones sobre qué hacer en caso de accidente o derrame del contenido de los contenedores. Los contenedores deben estar marcados con una etiqueta que diga "Peligro Biológico" o algo similar.

2. Recepción y apertura:

Es recomendable que el personal del servicio de recepción conozca con antelación el origen y cantidad de muestras que recibirán para reducir la posibilidad de muestras faltantes o no identificadas. Se debe indicar al recepcionista que coloque cualquier cosa dentro de un contenedor que genere dudas sobre su integridad dentro de una bolsa de plástico hasta que pueda descontaminarse o abrirse en un gabinete de seguridad biológica, según sea necesario. Este riesgo es más evidente en muestras que han sido transportadas, por lo que siempre hay que extremar la precaución y tomar la precaución de desinfectarlas externamente el envase antes de abrirlo. Además de encargarse de entregar las muestras a los laboratorios correspondientes, los celadores también deben recoger los resultados de las pruebas.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada, se confirma que los celadores deben de ser consciente de los riesgos biológicos y los trabajadores que intervienen en el transporte de estos materiales que entran en contacto con muestras biológicas. Deben conocer el plan de acción necesario en caso de accidente y a quién contactar según el plan establecido.

Se destaca la importancia de que al almacenar muestras para el transporte, se debe tener en cuenta que existen requisitos especiales en cuanto a temperatura, plazos máximos de entrega, sistemas de mantenimiento de registros, manipulación adecuada de los embalajes, apilamiento y cómo evitar movimientos inadecuados para evitar dañar las muestras.

6 Bibliografía

1. Ramón F, Dir. Recomendaciones para la acreditación de laboratorios clínicos, Volumen 1. Comité de Garantía de la Calidad y Acreditación de Laboratorios. Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular. Barcelona: SEQC, 1996.
2. Acuerdo europeo sobre transporte internacional de mercancías peligrosas por carretera, ADR2003. (Suplemento del BOE número 33, de 7 de febrero de 2003).
3. Asociación Española de Normalización y Certificación de diagnóstico in vitro. Envases para el transporte de muestras médicas y biológicas. Requisitos, ensayo, UNE-EN 829. Madrid: AENOR, 1996.

Capítulo 541

EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN Y LAS FUNCIONES DEL CELADOR

HUGO MIGUEL FRANCISCO FERREIRO

CRISTINA DE LA VEGA VICENTE

MARA GARCIA GARRIDO

MAR BELDA MARCO

LOURDES VICENTE VALENCIA

1 Introducción

Medicina Física y Rehabilitación, reconocida como especialidad médica en 1969, se centra en el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad/dependencia con el objetivo de facilitar, mantener o restaurar el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible. Las medidas de rehabilitación son aquellas que toma un sujeto con discapacidad con el fin de ayudarlo a recuperar la mayor capacidad e independencia posible, según la Organización Mundial de la Salud. La rehabilitación incluye especialidades médicas como fisioterapia, terapia ocupacional, medicina física y rehabilitación. Para lograr el mayor nivel de independencia y el potencial de promover, mantener o recuperar la capacidad funcional del paciente, todas estas especialidades trabajan para diagnosticar, evaluar, prevenir y tratar la discapacidad. Habrá una variedad de profesionales médicos en las áreas de rehabilitación del hospital, incluidos médicos, rehabilitadores, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, logopedas, terapeutas

ocupacionales y celadores . Para brindar al paciente la mejor atención posible, todos en el servicio coordinan sus esfuerzos. Las consultas médicas son realizadas por diversos expertos (médicos rehabilitadores, psicólogos, etc.) en hospitales que ofrecen servicios de rehabilitación y una o más áreas de fisioterapia además de las áreas administrativas. Ayudar a los fisioterapeutas y al resto del personal de esta área a movilizar a los pacientes y posicionarlos correctamente para que puedan realizar su trabajo con normalidad es una de las tareas más especializadas de los celadores. También ayudarán a mantener al paciente sujeto. La rehabilitación puede ser causada por una amplia gama de factores, incluidos traumatismos, trastornos del desarrollo, efectos secundarios no deseados de enfermedades o cirugías mayores. Los pacientes que experimentan dolor además de problemas de movilidad reciben tratamiento. Las personas que han sufrido traumatismos por accidentes, tráfico o lesiones esporádicas son las más frecuentes. Pero también pueden ser personas de diferentes edades, normalmente personas mayores, que padecen enfermedades degenerativas. Lo importante es asegurarse de que desarrollen hábitos de vida saludables como practicar deportes (cada uno dentro de sus limitaciones físicas), salir a caminar y, lo más importante, brindarles una vida cómoda que pueda facilitar sus tareas diarias, arreglarse, peinarse, calzarse y vestirse.

2 Objetivos

Saber la importancia que el celador tiene dentro de esta área y conocer las funciones del celador en el servicio de rehabilitación en el servicio hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Uno de los departamentos que trabaja con fisioterapia es el de rehabilitación. Puedes prevenir y restaurar la funcionalidad de tu cuerpo usando esta terapia. Dependiendo de la patología, existen diferentes tipos de fisioterapia, entre ellas la traumática, deportiva, reumatológica, neurológica, geriátrica y la fisioterapia femenina, que utiliza técnicas hipopresivas para reeducar el suelo pélvico. La fisioterapia relacionada con el embarazo también es un subconjunto distinto de la fisioterapia. Un paciente necesita la derivación de su médico de atención primaria u otro tipo de médico especialista para poder acceder a la rehabilitación hospitalaria. Dependiendo de la gravedad del problema, el paciente debe comenzar el tratamiento de inmediato; pueden pasar algunas semanas o incluso meses. Dado el esfuerzo que realizará, la capacidad del celador para desempeñar las funciones propias del área de rehabilitación dependerá de su condición física. Mediante la realización de estas tareas ayudarás al personal necesario, como por ejemplo fisioterapeutas, a realizar los movimientos de los pacientes durante los ejercicios de rehabilitación. En la puerta de rehabilitación y durante todo el servicio, llamamos la atención como funciones principales del celador son las siguientes: 1. Los pacientes que requieran rehabilitación serán recogidos en ambulancias o cualquier otro medio de transporte. 2. Velarán constantemente por qué exista la mayor calma y orden en toda la Institución. 3. Vigilarán los accesos a la Institución e impedirán el ingreso a sus predios a cualquier persona que no esté autorizada. 4. Los defectos o anomalías descubiertas durante la limpieza y conservación del edificio serán comunicados a sus superiores inmediatos. 5. De acuerdo con las normas del Centro, vigilarán la entrada y estancia de familiares y visitantes para asegurarse de que solo entren al hospital artículos y paquetes legítimos. 6. Nunca dejarán de vigilar la puerta de entrada. 7. Se abstendrán de discutir los diagnósticos, exámenes y tratamientos del paciente con sus familiares y visitas, y mucho menos decirles cómo se espera que evolucione la enfermedad del paciente. En cambio, siempre deben dirigir sus preguntas al médico que supervisa la atención del paciente. 8. En circunstancias excepcionales, podrán ser requeridos para cualquier otra actividad prevista en su estatuto. 9. Se necesitará personal de seguridad si hay un altercado con un visitante o intruso. 10. Todos los deberes similares a los enumerados anteriormente que sean delegados al Guardián por sus superiores pero que no hayan sido descritos específicamente también entrarán en esta categoría. - En el proceso de recuperación: 1. Ayudarán al fisioterapeuta, según sea necesario, a colocar y sujetar al paciente en su lugar de tratamiento. 2. En caso especial, realizarán las tareas de limpieza

que les sean asignadas según el orden de las circunstancias, ubicación, dificultad de manipulación y peso de los elementos o espacio a limpiar. 3. Vigilarán que los pacientes hagan mal uso de los bienes de la institución y vestuario, al igual que el resto del personal, evitando su depreciación y educando a los pacientes en el uso y cuidado de persianas, cortinas y demás elementos de servicios en general. 4. Velarán constantemente por que exista el máximo de tranquilidad y orden en todos los espacios de la Institución. 5. Los desperfectos o anomalías que descubran en la limpieza y conservación de la estructura y sus componentes serán comunicados a sus superiores inmediatos. 6. Tramitarán o gestionarán con prontitud las comunicaciones verbales, escritas, correspondencia u objetos que les encomienden sus superiores y, en su caso, trasladarán equipos o mobiliario de un servicio a otro. 7. Se abstendrán de discutir los diagnósticos, exámenes y tratamientos de los pacientes con sus familiares y visitas, y mucho menos decirles cuánto durará su enfermedad. En cambio, siempre deben dirigir sus preguntas al médico que supervisa su atención, ayudando a los que están enfermos. 8. También se incluirán en esta categoría todas las funciones afines a las desempeñadas anteriormente que no hayan sido expresamente enumeradas pero que sean asignadas al Guardián por sus superiores. 9. Traslado de pacientes. Puede ir desde la habitación o cualquier otra dependencia, incluidos vehículos, a la sala de rehabilitación y viceversa. 10. La Unidad a la que están asignados estará siempre donde estén. 11. Se necesitará personal de seguridad si hay un altercado con un visitante o intruso. 12. Seguirán los horarios y políticas de la unidad a la que estén asignados para realizar todas estas tareas, así como otras que surjan. Realizar traslados entre las distintas salas y ayudar al fisioterapeuta durante el tratamiento son dos de estas tareas que pueden resultar más cruciales. Los celadores deben entender cómo manejar a los pacientes según su patología, características y los instrumentos y materiales más populares utilizados por el paciente para poder manejar correctamente a los pacientes durante el proceso de traslado. Saber tratar al paciente de acuerdo con su patología es crucial.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes en rehabilitación suelen necesitar mucha ayuda por diversas razones, incluidas enfermedades y traumatismos. Por ello, el papel que desempeñan los celadores es fundamental. Esto se debe a que los celadores están preparados para ayudar con todas las necesidades relacionadas con la atención, ayudando a mover a los pacientes, transportarlos y ayudar en emergencias como cirugías y traslados de emergencia, sus funciones. Además del papel general de

los celadores en otras áreas del establecimiento de salud, es muy importante enfatizar el apoyo en el área de rehabilitación en particular, debido a la especificidad del área de rehabilitación en la que una proporción de pacientes tienen movilidad reducida. Región, y si el número de pacientes que reciben este tipo de tratamiento es elevado o está disminuyendo. Aunque los guardias penitenciarios no tienen la responsabilidad final del tratamiento de rehabilitación, su cooperación es esencial en la movilización, alojamiento y contención de los pacientes sometidos a este tipo de tratamiento. Las actividades de los celadores en este servicio son fundamentales para los médicos rehabilitadores. Es de gran ayuda no solo para los médicos sino también para los pacientes.

6 Bibliografía

1. Se han utilizado distintas palabras clave en los buscadores tales como: celador, funciones en rehabilitación, fisioterapia. 2. <https://www.sermef.es> Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. 3. <https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-area-rehabilitacion>. 4. Formación Logoss. 5. El Celador en el Sistema Nacional de Salud, Editorial : Independently published (23 noviembre 2019). 6. <https://revistamedica.com/funciones-celador-rehabilitacion/>

Capítulo 542

LA RELEVANCIA DE PRÁCTICAR LA ESCUCHA ACTIVA EN EL ENTORNO LABORAL

ANA DIAZ

ANDREA POMBO FERNÁNDEZ

CARIDAD FERNÁNDEZ BARNETO

ANA BELÉN PÉREZ GALLEGO

MERCEDES OLOJO

1 Introducción

La escucha activa en el entorno laboral es una habilidad crítica que puede marcar la diferencia entre un equipo de trabajo altamente efectivo y uno que lucha por alcanzar sus metas. En un mundo empresarial cada vez más competitivo y orientado hacia la colaboración, la capacidad de escuchar de manera activa se ha convertido en un activo invaluable para los profesionales de todos los niveles y sectores. En esta era de la comunicación digital y la globalización, el acto de escuchar activamente no solo implica prestar atención a las palabras de los demás, sino también comprender sus emociones, perspectivas y necesidades subyacentes.

La escucha activa se define como un proceso de escuchar con empatía y atención plena, con el objetivo de comprender completamente a la persona que está

hablando. Va más allá de la simple audición de palabras; implica un compromiso activo con el interlocutor y la capacidad de responder de manera reflexiva y respetuosa. En el entorno laboral, esta habilidad es esencial para fomentar la comunicación efectiva, construir relaciones sólidas y tomar decisiones informadas.

Uno de los principales beneficios de la escucha activa en el entorno laboral es que mejora significativamente la calidad de las relaciones interpersonales. Cuando los colegas y líderes demuestran interés genuino en lo que los demás tienen que decir, se crea un ambiente de confianza y respeto mutuo. Esto fomenta la colaboración y el trabajo en equipo, ya que las personas se sienten valoradas y escuchadas. Además, cuando las preocupaciones y necesidades de los empleados son atendidas de manera efectiva a través de la escucha activa, es más probable que se sientan comprometidos con su trabajo y su empresa.

Otro aspecto importante de la escucha activa en el entorno laboral es su papel en la resolución de conflictos. Las diferencias de opinión y los desacuerdos son comunes en cualquier organización, pero la manera en que se manejan puede determinar el éxito o el fracaso de un equipo. La escucha activa permite a las partes involucradas expresar sus puntos de vista y sentirse comprendidas, lo que a menudo lleva a soluciones más satisfactorias y a una reducción de la hostilidad en el lugar de trabajo.

Además de mejorar las relaciones y resolver conflictos, la escucha activa también es esencial para la toma de decisiones efectivas. Cuando los líderes y los equipos escuchan activamente a todas las partes interesadas, están mejor informados y pueden tomar decisiones más informadas y equitativas. Esto es especialmente importante en un entorno empresarial en constante cambio, donde las decisiones incorrectas pueden tener consecuencias significativas.

Es importante destacar que la escucha activa no es una habilidad que se limite a los líderes o gerentes. Todos los miembros de un equipo, independientemente de su posición, pueden beneficiarse de desarrollar esta habilidad. De hecho, a menudo son los empleados que practican la escucha activa los que se convierten en líderes efectivos y en modelos a seguir para sus colegas.

Para practicar la escucha activa de manera efectiva en el entorno laboral, es fundamental seguir algunas pautas clave. En primer lugar, es importante eliminar las distracciones y prestar atención completa a la persona que está hablando. Esto significa apagar los dispositivos electrónicos, mantener el contacto visual y evitar interrupciones. También es crucial mostrar interés genuino, haciendo preguntas para profundizar en la comprensión y mostrando empatía hacia las emociones y preocupaciones del interlocutor.

2 Objetivos

Exponer la importancia de la escucha activa en el entorno laboral.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una búsqueda en Google Académico, bases de datos Scielo y otras publicaciones en Internet. Además, también se han revisado libros especializados, manuales de Gestión Sanitaria y de urgencias hospitalarias y revisiones bibliográficas de los últimos 10 años.

4 Resultados

La implementación de la escucha activa en el entorno laboral conlleva una serie de resultados significativos que repercuten en el éxito de las organizaciones y en la satisfacción de los empleados.

1.Mejora en la comunicación: Uno de los resultados más evidentes de la escucha activa es una mejora significativa en la comunicación interpersonal. Los empleados que practican la escucha activa están más dispuestos a compartir ideas, hacer preguntas y expresar preocupaciones de manera abierta y honesta. Esto crea un flujo de información más efectivo dentro de la organización y evita malentendidos.

2.Fortalecimiento de relaciones laborales: La escucha activa fomenta la construcción de relaciones laborales más sólidas y saludables. Cuando los miembros de un equipo sienten que son escuchados y valorados, desarrollan un mayor sentido de pertenencia y compromiso con el grupo. Esto, a su vez, mejora la colaboración y la cohesión del equipo.

3.Resolución eficaz de conflictos: La habilidad de escuchar activamente es un recurso valioso para la resolución de conflictos en el entorno laboral. Cuando surgen desacuerdos, las personas que practican la escucha activa tienden a ser más pacientes y comprensivas. Esto permite abordar los problemas de manera más constructiva y encontrar soluciones que satisfagan a todas las partes involucradas.

4.Aumento de la productividad: La comunicación más efectiva y las relaciones laborales fortalecidas tienen un impacto directo en la productividad. Los equipos que practican la escucha activa son más eficientes en la realización de tareas y

proyectos, ya que existe una comprensión más clara de los objetivos y roles de cada miembro.

5.Desarrollo de liderazgo efectivo: Los líderes que dominan la escucha activa son más efectivos en sus roles. Al comprender las necesidades y preocupaciones de sus empleados, pueden tomar decisiones más acertadas y liderar equipos de manera más eficaz. Esto, a su vez, contribuye al crecimiento y éxito de la organización en su conjunto.

6.Toma de decisiones informadas: La escucha activa proporciona información valiosa que influye en la toma de decisiones. Al escuchar a las partes interesadas y comprender sus perspectivas, los líderes pueden tomar decisiones más informadas y estratégicas, minimizando el riesgo de errores costosos.

7.Ambiente de trabajo inclusivo: La promoción de la escucha activa contribuye a la creación de un ambiente de trabajo inclusivo. Todas las voces, independientemente de la posición o la antigüedad en la organización, se valoran y respetan. Esto fomenta la diversidad y la equidad en el lugar de trabajo.

8.Mayor satisfacción de los empleados: La satisfacción de los empleados es un resultado crucial de la escucha activa. Cuando los trabajadores sienten que sus preocupaciones son atendidas y que tienen la oportunidad de contribuir con sus ideas, se sienten más comprometidos y satisfechos en sus roles. Esto puede tener un impacto positivo en la retención de talento y la reputación de la empresa.

9.Mejora en la toma de retroalimentación: La escucha activa no solo implica escuchar a los demás, sino también recibir retroalimentación de manera abierta y constructiva. Los empleados se sienten más cómodos compartiendo sus opiniones y sugerencias cuando saben que serán escuchados, lo que puede llevar a mejoras en los procesos y políticas internas.

10.Cultura de aprendizaje continuo: La escucha activa promueve una cultura de aprendizaje continuo en la organización. Los empleados están dispuestos a aprender de los demás y a adaptarse a cambios en el entorno laboral. Esta mentalidad de crecimiento puede ser un activo valioso en un mundo empresarial en constante evolución.

5 Discusión-Conclusión

La escucha activa en el entorno laboral se ha revelado como una habilidad crítica que tiene un impacto profundo en la dinámica organizacional y la satisfacción de los empleados. Los resultados de fomentar esta habilidad son innegables y beneficiosos tanto para los individuos como para las empresas en su conjunto.

En primer lugar, la mejora en la comunicación es un logro fundamental. La habilidad de escuchar y comprender a los demás crea un ambiente donde las ideas fluyen libremente, evitando malentendidos y fomentando la colaboración efectiva. Esto, a su vez, se traduce en una mayor productividad y eficiencia en el lugar de trabajo.

El fortalecimiento de las relaciones laborales también es un resultado destacado. La escucha activa crea la base para la construcción de equipos sólidos y saludables, donde los miembros se sienten valorados y respetados. Estas relaciones laborales positivas promueven un ambiente de trabajo más armonioso y una mayor cohesión entre los empleados.

La resolución eficaz de conflictos es otro beneficio importante. La escucha activa permite abordar desacuerdos de manera constructiva y encontrar soluciones que satisfagan a todas las partes involucradas. Esto evita conflictos prolongados y contribuye a un ambiente de trabajo más pacífico.

En términos de liderazgo, la escucha activa es una habilidad esencial para los líderes efectivos. Al comprender las necesidades y preocupaciones de los empleados, los líderes pueden tomar decisiones más acertadas y guiar a sus equipos de manera más efectiva. Esto, a su vez, se traduce en un liderazgo más sólido y en el éxito de la organización.

La toma de decisiones informadas es un resultado directo de la escucha activa. La información valiosa recopilada a través de esta habilidad permite a los líderes y equipos tomar decisiones estratégicas y minimizar el riesgo de errores costosos. La promoción de un ambiente de trabajo inclusivo es esencial en la actualidad, y la escucha activa desempeña un papel fundamental en este aspecto. La valoración de todas las voces, sin importar la posición en la organización, contribuye a la diversidad y la equidad en el lugar de trabajo.

La satisfacción de los empleados es un resultado clave que no debe subestimarse. Cuando los trabajadores se sienten escuchados y valorados, están más comprometidos y satisfechos en sus roles.

6 Bibliografía

- 1.Unir, V. (2022, November 10). Escucha activa
- 2.Constantin, E. (2023, May 16). Cómo impulsar la escucha activa en el trabajo | Aprende.com. Aprende Institute. .

Capítulo 543

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL LA CONSULTA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

SANDRA GÓMEZ FERNÁNDEZ

FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ

ROBERTO BERNAL MORENO

DANIEL CORDERO SÁNCHEZ CHIQUITO

MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ

1 Introducción

Una consulta de reproducción asistida es un proceso crucial para las parejas o individuos que enfrentan dificultades para concebir de forma natural. Este tipo de consulta se realiza en centros de fertilidad y clínicas especializadas y aborda una variedad de aspectos relacionados con la fertilidad y la concepción.

Durante una consulta de reproducción asistida, los profesionales de la salud evalúan la historia médica y reproductiva de los pacientes, así como los factores que podrían estar contribuyendo a la infertilidad. Se pueden realizar pruebas de diagnóstico, como análisis hormonales, pruebas de esperma, ecografías y estudios de imagen para identificar posibles problemas.

El objetivo principal de la consulta es desarrollar un plan de tratamiento personalizado. Los profesionales discuten las opciones de reproducción asistida disponibles, como la inseminación artificial, la fertilización in vitro (FIV) o la donación de óvulos/esperma, y explican los riesgos y beneficios asociados. También se brinda orientación sobre la preparación y el seguimiento del tratamiento, así como las posibles expectativas de éxito.

Además, se fomenta la comunicación abierta entre el paciente y el equipo médico, ya que el proceso de reproducción asistida puede ser emocionalmente desafiante. Los pacientes deben sentirse cómodos haciendo preguntas y expresando sus preocupaciones.

Una consulta de reproducción asistida es el primer paso hacia la búsqueda de soluciones para la infertilidad. Proporciona a los pacientes información integral, diagnóstico y orientación sobre las opciones de tratamiento disponibles, brindando esperanza y apoyo en su camino hacia la concepción.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del celador en la consulta de reproducción asistida.

3 Metodología

Para 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 una consulta de reproducción asistida son fundamentales para garantizar un ambiente de apoyo y una atención eficiente a los pacientes que buscan tratamiento para la infertilidad. Aquí se describen algunas de las funciones clave que desempeñan los celadores en este entorno especializado:

Recepción y orientación: Los celadores suelen ser la primera cara que los pacientes ven al llegar a la consulta. Su función incluye dar la bienvenida a los pacientes, brindarles orientación sobre la ubicación de las áreas de espera y asegurarse de que se sientan cómodos y atendidos desde el principio.

Asistencia en la movilización: Algunos pacientes pueden tener necesidades especiales de movilidad o estar emocionalmente tensos. Los celadores ayudan en la movilización de los pacientes, ofreciendo apoyo físico y emocional, si es necesario, para que se sientan seguros y tranquilos.

Colaboración en procedimientos: Durante ciertos procedimientos médicos, como la toma de muestras o pruebas de diagnóstico, los celadores pueden ser llamados a colaborar con el personal médico y de enfermería, asegurando que se realicen de manera eficiente y con el máximo confort para el paciente.

Mantenimiento de la privacidad: El celador debe ser consciente de la importancia de mantener la privacidad y la confidencialidad de los pacientes en una consulta de reproducción asistida. Esto implica proteger la información médica y proporcionar entornos discretos cuando sea necesario.

Apoyo emocional: Los tratamientos de reproducción asistida pueden ser emocionalmente desafiantes. Los celadores pueden brindar apoyo emocional a los pacientes al mostrar empatía y comprensión, escuchando sus preocupaciones y proporcionando consuelo cuando sea necesario.

Colaboración en la logística: Los celadores colaboran en la logística de la consulta, asegurando que los equipos médicos y suministros estén disponibles y funcionando correctamente. También pueden ayudar con la organización de horarios y el flujo de pacientes.

Comunicación efectiva: La comunicación entre el celador, el paciente y el personal médico es esencial. Los celadores deben ser capaces de transmitir información de manera clara y precisa, especialmente en situaciones de urgencia o necesidad.

Los celadores desempeñan un papel esencial en la consulta de reproducción asistida al brindar apoyo logístico, emocional y físico a los pacientes, asegurando que la atención se realice de manera eficiente y humanizada. Su presencia y colaboración contribuyen significativamente a la experiencia de los pacientes en un momento emocionalmente sensible.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para un buen trato del paciente en la consulta de reproducción asistida es la empatía. El celador debe mostrar comprensión y sensibilidad hacia las preocupaciones y emociones de los pacientes que atraviesan un proceso emocionalmente desafiante. Escuchar activamente a los pacientes, permitirles expresar sus inquietudes y ofrecer palabras de apoyo puede hacer una gran diferencia en su experiencia.

Además, es importante mantener la privacidad y la confidencialidad en todo momento. Los temas relacionados con la fertilidad son altamente personales, y los pacientes necesitan sentir que sus datos y experiencias se manejan con la mayor discreción. El celador debe ser un custodio de la privacidad del paciente y asegurarse de que se respete en cada interacción.

La empatía y el respeto por la privacidad son esenciales para un buen trato del paciente en la consulta de reproducción asistida. Estas acciones contribuyen a un ambiente de atención centrada en el paciente y promueven la confianza y la comodidad durante un proceso médico emocionalmente cargado.

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

Capítulo 544

FUNCIONES EL CELADOR EN LA CONSULTA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

SANDRA GÓMEZ FERNÁNDEZ

FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ

ROBERTO BERNAL MORENO

DANIEL CORDERO SÁNCHEZ CHIQUITO

MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ

1 Introducción

La consulta de planificación familiar es un servicio de atención médica que brinda a individuos y parejas la oportunidad de tomar decisiones informadas sobre el control de la natalidad y la reproducción. Durante esta consulta, se ofrecen una variedad de servicios y opciones relacionadas con la salud reproductiva.

En la consulta de planificación familiar, se realizan evaluaciones completas de la salud reproductiva, se discuten las necesidades y preferencias de los pacientes, y se proporciona orientación sobre las opciones anticonceptivas disponibles, como píldoras anticonceptivas, dispositivos intrauterinos, inyecciones, preservativos y métodos de planificación natural. Además, se pueden brindar servicios de educación sexual y consejería sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Esta consulta es un espacio seguro para que los pacientes expresen sus objetivos reproductivos y reciban información relevante para tomar decisiones informadas. También puede abordar temas como la fertilidad, la salud sexual y reproductiva, y la preparación para el embarazo.

La planificación familiar es esencial para empoderar a las personas en el control de su vida reproductiva y en la toma de decisiones que se ajusten a sus necesidades personales y familiares. Proporciona a las personas la capacidad de decidir cuándo y cuántos hijos desean tener y es una parte importante de la atención de la salud reproductiva.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del celador en la consulta de reproducción asistida.

3 Metodología

Para 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 una consulta de planificación familiar son variadas y esenciales para garantizar que los pacientes reciban una atención eficaz y comprensiva. A continuación, se detallan algunas de las funciones clave que los celadores desempeñan en este entorno especializado:

Recepción y bienvenida: Los celadores suelen ser la primera cara que los pacientes ven al llegar a la consulta de planificación familiar. Su función incluye dar la bienvenida a los pacientes, proporcionar información sobre los procedimientos y servicios disponibles y asegurarse de que se sientan cómodos y atendidos desde el principio.

Apoyo emocional: La planificación familiar es un tema íntimo y personal que puede generar preocupaciones y emociones en los pacientes. Los celadores pueden ofrecer apoyo emocional, escuchando activamente a los pacientes, respondiendo a sus preguntas y proporcionando consuelo cuando sea necesario.

Asistencia en procedimientos médicos: Durante ciertas consultas de planificación familiar, se pueden llevar a cabo procedimientos médicos como la colocación de dispositivos anticonceptivos. Los celadores pueden asistir al personal médico en estos procedimientos, garantizando que se realicen de manera segura y cómoda para el paciente.

Educación y orientación: Los celadores pueden proporcionar información educativa básica sobre las opciones anticonceptivas disponibles, así como sobre cómo usarlas de manera efectiva. También pueden responder preguntas generales sobre salud sexual y reproductiva.

Registro de información: Es importante que se mantenga un registro preciso de las consultas de planificación familiar. Los celadores pueden ser responsables de documentar la información demográfica del paciente, los servicios prestados y cualquier dato relevante que pueda ser necesario para el seguimiento y la planificación futura.

Mantenimiento de la privacidad: Los celadores deben ser especialmente conscientes de la necesidad de mantener la privacidad y la confidencialidad en la consulta de planificación familiar, ya que los temas discutidos son altamente personales. Deben proteger la información médica y asegurarse de que el paciente se sienta seguro y respetado en todo momento.

Los celadores desempeñan un papel crucial en la consulta de planificación familiar al brindar apoyo emocional, asistencia en procedimientos médicos, educación y orientación a los pacientes. Su presencia y colaboración contribuyen significativamente a la experiencia de los pacientes, asegurando que reciban una atención comprensiva y respetuosa en un entorno de salud reproductiva.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación esencial para un buen trato del paciente que asiste a la consulta de planificación familiar es la empatía. El celador debe mostrar comprensión y sensibilidad hacia las necesidades y preocupaciones del paciente, reconociendo que estos temas son altamente personales y pueden generar ansiedad. Escuchar

con atención y respeto, permitiendo que el paciente exprese sus inquietudes y preguntas, contribuye significativamente a una experiencia positiva.

Además, la confidencialidad es fundamental. Los pacientes deben sentirse seguros de que sus datos y conversaciones se mantienen en estricta privacidad. Los celadores deben ser custodios de esta confidencialidad, protegiendo la información médica del paciente y garantizando que se respete en cada interacción. La combinación de empatía y confidencialidad crea un ambiente de apoyo y confianza para los pacientes que buscan orientación y servicios en la consulta de planificación familiar.

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 545

EL CELADOR EN LA CONSULTA DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

SANDRA GÓMEZ FERNÁNDEZ

FÉLIX GUTIÉRREZ GÓMEZ

ROBERTO BERNAL MORENO

DANIEL CORDERO SÁNCHEZ CHIQUITO

MARÍA SUSANA NAVARRO SANCHEZ

1 Introducción

La inseminación artificial es un procedimiento de reproducción asistida que se utiliza para ayudar a las parejas o individuos a concebir. Durante este procedimiento, el espermatozoides se coloca deliberadamente en el útero de la mujer en el momento adecuado del ciclo menstrual para aumentar las posibilidades de fertilización. La inseminación artificial se lleva a cabo en una clínica de fertilidad y puede ser una opción para aquellos con dificultades para concebir debido a diversas razones, como problemas de motilidad o cantidad de espermatozoides, cuello uterino hostil, endometriosis leve o anovulación.

El proceso de inseminación artificial generalmente implica un control cuidadoso del ciclo menstrual de la mujer, la estimulación de la ovulación si es necesario y la preparación del espermatozoides del donante o de la pareja. Luego, el espermatozoides se coloca directamente en el útero mediante un catéter especial. Este procedimiento

aumenta la probabilidad de que los espermatozoides alcancen el óvulo y lo fertilicen.

La inseminación artificial es una opción menos invasiva y costosa en comparación con otras técnicas de reproducción asistida, como la fertilización in vitro (FIV). Sin embargo, su éxito puede variar según las circunstancias individuales y las causas de la infertilidad. El proceso se lleva a cabo bajo supervisión médica y requiere seguimiento cercano para determinar si se requieren ciclos adicionales o si se necesita una evaluación más profunda de la infertilidad.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del celador 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

Las funciones del celador en una consulta de inseminación artificial son fundamentales para garantizar la eficiencia y comodidad de los pacientes durante este proceso de reproducción asistida. Aunque sus responsabilidades pueden variar según la clínica o el centro de fertilidad, aquí se describen algunas de las funciones comunes que desempeñan en este entorno especializado:

Recepción y bienvenida: Los celadores suelen ser el primer punto de contacto para los pacientes que llegan a la consulta. Su función incluye dar la bienvenida a los pacientes, proporcionar información inicial sobre el procedimiento y asegurarse de que se sientan cómodos y orientados desde el principio.

Asistencia en la movilización: Los pacientes que buscan inseminación artificial pueden experimentar ansiedad o tensión. Los celadores ayudan en la movi-

lización de los pacientes, brindando apoyo físico y emocional para que se sientan seguros y tranquilos antes del procedimiento.

Colaboración en procedimientos: Durante la inseminación artificial, los celadores pueden colaborar con el personal médico en la preparación y el monitoreo del procedimiento. Esto puede incluir la preparación de equipos, la asistencia en la realización del procedimiento y la observación del paciente.

Logística y registro: Los celadores pueden estar a cargo de mantener registros precisos de las consultas, garantizando que se documente adecuadamente la información demográfica, los procedimientos realizados y otros datos relevantes.

Mantenimiento de la privacidad: La inseminación artificial implica temas altamente personales y privados. Los celadores deben ser especialmente conscientes de la necesidad de mantener la privacidad y la confidencialidad, garantizando que la información del paciente se maneje de manera discreta y segura.

Apoyo emocional: Los procedimientos de reproducción asistida pueden ser emocionalmente desafiantes. Los celadores pueden proporcionar apoyo emocional al paciente, mostrando empatía, escuchando sus preocupaciones y ofreciendo consuelo si es necesario.

Los celadores desempeñan un papel esencial en la consulta de inseminación artificial al brindar apoyo logístico, emocional y físico a los pacientes. Su colaboración con el equipo médico y su capacidad para mantener la privacidad y el respeto contribuyen significativamente a la experiencia de los pacientes en un momento emocionalmente sensible.

5 Discusión-Conclusión

Una recomendación fundamental para el buen trato del paciente que asiste a la consulta de reproducción asistida es la empatía. El celador debe reconocer que los pacientes están pasando por un proceso emocionalmente delicado y ser comprensivo y receptivo a sus necesidades y preocupaciones. Escuchar activamente, brindar apoyo emocional y responder a las preguntas con paciencia y amabilidad contribuye significativamente a una experiencia positiva.

Además, el respeto por la privacidad y la confidencialidad es esencial. Los temas relacionados con la fertilidad son altamente personales, y los pacientes deben sentirse seguros de que sus datos y conversaciones se manejan con la máxima

discreción. El celador debe ser un guardián de la privacidad del paciente y asegurarse de que se mantenga en cada interacción.

En resumen, la empatía y la confidencialidad son pilares para el buen tratamiento del paciente en la consulta de reproducción asistida. Estas acciones crean un ambiente de apoyo y confianza para los pacientes que buscan orientación y servicios en su viaje hacia la concepción.

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 546

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA

JONATAN RUIZ MORALES

AZUCENA GUERRA DIAZ

CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ SORIANO

1 Introducción

La consulta de oftalmología es un servicio médico especializado en el diagnóstico y tratamiento de trastornos oculares y problemas de la vista. Los oftalmólogos son médicos especializados en la atención de los ojos y desempeñan un papel esencial en el cuidado de la salud visual de los pacientes. Algunos aspectos clave de una consulta de oftalmología incluyen:

Exámenes de la vista: Los oftalmólogos realizan exámenes de la vista completos para evaluar la agudeza visual, la refracción, la presión intraocular y la salud general de los ojos.

Diagnóstico y tratamiento: Diagnostican y tratan una amplia gama de afecciones oculares, como miopía, hipermetropía, astigmatismo, cataratas, glaucoma, retinopatía diabética y estrabismo.

Prescripción de lentes y medicamentos: Recetan anteojos o lentes de contacto, así como medicamentos oftálmicos para tratar diversas afecciones.

Cirugía ocular: Los oftalmólogos pueden realizar cirugías oculares, como cirugía de cataratas, cirugía refractiva LASIK y cirugía de estrabismo, cuando sea necesario.

Educación al paciente: Proporcionan información sobre el cuidado ocular, la prevención de enfermedades oculares y hábitos saludables para mantener una buena visión.

La consulta de oftalmología es fundamental para el diagnóstico y tratamiento de problemas oculares, permitiendo a los pacientes mantener o mejorar su salud visual. Los oftalmólogos son especialistas altamente capacitados que desempeñan un papel esencial en la detección temprana de trastornos oculares y la prevención de la pérdida de visión.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en la consulta de oftalmología.

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 papel crucial en la consulta de oftalmología al gestionar tareas administrativas y logísticas que permiten el funcionamiento eficiente de este servicio médico especializado. Sus funciones abarcan diversas áreas, lo que incluye:

Programación de citas: El auxiliar administrativo es responsable de programar y gestionar las citas para los pacientes que requieren atención oftalmológica. Esto

implica coordinar 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 oftalmológicos anteriores y seguimiento de las visitas. Esta documentación es esencial 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 oftalmológicos 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 oftalmológicos 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 realización de exámenes oftalmológicos, 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 oftalmología juega un papel esencial al gestionar tareas administrativas y logísticas que permiten el funcionamiento efectivo de la clínica. Su trabajo contribuye a la calidad de la atención oftalmológica y la comodidad de los pacientes en un entorno especializado en el cuidado de la vista.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la documentación en la consulta de oftalmología, 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, establezcamos 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 oftalmología.

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 547

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE GASTROSCOPIAS DIGESTIVAS

JONATAN RUIZ MORALES

AZUCENA GUERRA DIAZ

CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ SORIANO

1 Introducción

La consulta de gastroscopia digestiva es un servicio médico especializado en la realización de un procedimiento endoscópico que permite la visualización del interior del tracto gastrointestinal superior. Esta técnica es comúnmente utilizada para diagnosticar y tratar afecciones gastrointestinales, como úlceras, inflamación, sangrado, hernias de hiato y cáncer esofágico o gástrico. Algunos aspectos clave de una consulta de gastroscopia incluyen:

Preparación del paciente: Antes del procedimiento, los pacientes deben seguir instrucciones específicas, como no comer ni beber durante varias horas previas a la gastroscopia.

Procedimiento: Durante la gastroscopia, se introduce un endoscopio flexible a través de la boca y la garganta para llegar al esófago, estómago y duodeno. Permite al médico observar la mucosa y tomar biopsias si es necesario.

Diagnóstico: La gastroscopia es fundamental para el diagnóstico preciso de diversas afecciones gastrointestinales, lo que ayuda a los médicos a determinar el tratamiento adecuado.

Tratamiento: Además del diagnóstico, en algunos casos, se pueden realizar procedimientos terapéuticos durante la gastroscopia, como la eliminación de pólipos o la aplicación de tratamientos para detener sangrados.

Educación al paciente: Después del procedimiento, se proporciona información al paciente sobre los hallazgos y se discuten las recomendaciones de seguimiento y tratamiento.

La consulta de gastroscopia es esencial para el diagnóstico y el tratamiento de afecciones gastrointestinales. Los médicos que realizan este procedimiento son expertos en el cuidado de la salud del tracto gastrointestinal superior y desempeñan un papel crucial en la atención médica de los pacientes con problemas digestivos.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en la consulta de gastroscopia digestiva.

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 gastroscopias digestivas desempeña un rol fundamental en el funcionamiento eficiente de este servicio médico especializado. 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 una gastroscopia. 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. Esta documentación es esencial 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 procedimientos de gastroscopia 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 el procedimiento de gastroscopia 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 realización de las gastroscopias, 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 juega un papel esencial en la gestión de tareas administrativas y logísticas que permiten el funcionamiento efectivo de la consulta de gastroscopias digestivas. Su trabajo contribuye a la calidad de la atención médica y la comodidad de los pacientes en un entorno especializado en procedimientos gastrointestinales.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la documentación en la consulta de gastroscopias, es esencial enfocarse en la eficiencia y precisión. Implementar un sistema de registro electrónico simplificará la captura de información y reducirá errores. Asegurémonos de que todo el personal esté bien capacitado para utilizar esta tecnología y siga procedimientos estandarizados para la documentación.

Mantener un enfoque constante en la privacidad y confidencialidad de la información del paciente es fundamental. Proteger los registros médicos es responsabilidad de todos. Además, es importante establecer revisiones regulares de la documentación para identificar áreas de mejora y asegurarnos de que los datos sean completos y precisos.

La colaboración cercana con el personal médico es crucial para garantizar que los hallazgos y las recomendaciones se documenten adecuadamente. Al mejorar la documentación, no solo brindamos una atención de mejor calidad a los pacientes, sino que también facilitamos la investigación y la gestión de la atención médica en la consulta de gastroscopias.

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 548

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA CONSULTA DE COLONOSCOPIAS DIGESTIVAS

JONATAN RUIZ MORALES

AZUCENA GUERRA DIAZ

CRISTINA LÓPEZ GÓMEZ

MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ SORIANO

1 Introducción

Una colonoscopia es un procedimiento médico que se utiliza para examinar el interior del colon o intestino grueso. Se realiza con un colonoscopio, un tubo flexible con una cámara en su extremo, que se introduce a través del ano. Algunos aspectos clave de una colonoscopia incluyen:

Indicaciones: La colonoscopia se utiliza para diagnosticar y evaluar diversas afecciones gastrointestinales, como cáncer colorrectal, pólipos, enfermedad inflamatoria intestinal, sangrado gastrointestinal y síntomas inexplicables como diarrea crónica o cambios en los hábitos intestinales.

Preparación: Antes del procedimiento, los pacientes deben realizar una preparación que incluye una dieta especial y limpieza intestinal para asegurarse de que el colon esté limpio y libre de obstrucciones.

Procedimiento: El colonoscopio se introduce a través del ano y se avanza lentamente por el colon mientras el médico observa el interior del intestino en un monitor. Puede tomar muestras de tejido (biopsias) o extirpar pólipos durante el procedimiento.

Diagnóstico y tratamiento: La colonoscopia permite al médico diagnosticar afecciones y, en algunos casos, realizar tratamientos terapéuticos, como la extirpación de pólipos o el control de sangrados.

Seguimiento: Los resultados de la colonoscopia pueden guiar la atención médica posterior, incluyendo tratamientos y un plan de seguimiento para pacientes con afecciones crónicas.

La colonoscopia es un procedimiento importante para la detección temprana de enfermedades colorrectales y otras afecciones del tracto gastrointestinal. Su realización puede ayudar a prevenir el cáncer colorrectal y permitir el tratamiento adecuado de diversas afecciones gastrointestinales, mejorando así la salud del paciente.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en la consulta de colonoscopia digestiva.

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 colonoscopias juega un papel esencial en la gestión de tareas administrativas y logísticas que permiten el funcionamiento eficiente de este servicio médico especializado. Sus funciones son fundamentales para garantizar que los procedimientos de colonoscopia se lleven

a cabo de manera fluida y que los pacientes reciban una atención de calidad. A continuación, se describen algunas de las principales funciones del auxiliar administrativo en esta consulta:

Programación de citas: El auxiliar administrativo es responsable de coordinar y programar las citas para los pacientes que requieren una colonoscopia. 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. Esta documentación es esencial 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. La coordinación con el equipo médico es clave para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada.

Facturación y seguros: Administra la facturación de los procedimientos de colonoscopia 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 el procedimiento de colonoscopia 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 realización de colonoscopias, 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 desempeña un rol esencial en la consulta de colono-

scopias al gestionar tareas administrativas y logísticas que permiten el funcionamiento eficaz de la clínica. Su trabajo contribuye a la calidad de la atención médica y la comodidad de los pacientes en un entorno especializado en procedimientos gastrointestinales.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la documentación en la consulta de colonoscopias, es esencial enfocarse en la eficiencia y precisión. Implementar un sistema de registro electrónico simplificará la captura de información y reducirá errores. Asegurémonos de que todo el personal esté bien capacitado para utilizar esta tecnología y siga procedimientos estandarizados para la documentación.

Mantener un enfoque constante en la privacidad y confidencialidad de la información del paciente es fundamental. Proteger los registros médicos es responsabilidad de todos. Además, es importante establecer revisiones regulares de la documentación para identificar áreas de mejora y asegurarnos de que los datos sean completos y precisos.

La colaboración cercana con el personal médico es crucial para garantizar que los hallazgos y las recomendaciones se documenten adecuadamente. Al mejorar la documentación, no solo brindamos una atención de mejor calidad a los pacientes, sino que también facilitamos la investigación y la gestión de la atención médica en la consulta de colonoscopias.

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 549

EL CELADOR HOSPITALARIO Y SU PAPEL EN EL ASEO DEL PACIENTE.

ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ

MIRIAM MEGÍAS RUÍZ

1 Introducción

Mantener una buena higiene es fundamental para prevenir infecciones y complicaciones. Los pacientes hospitalizados a menudo tienen sistemas inmunológicos debilitados, por lo que la higiene adecuada es esencial para su recuperación. El aseo adecuado ayuda a preservar la dignidad del paciente y su autoestima. Puede ser un momento vulnerable para el paciente, y el celador desempeña un papel importante al asegurarse de que se sientan cómodos y respetados durante el proceso.

El aseo también puede tener un impacto significativo en el bienestar emocional del paciente. Un paciente limpio y fresco suele sentirse mejor y más positivo, lo que puede influir en su actitud hacia su recuperación.

Así, diremos que los pacientes que pasan mucho tiempo en cama son propensos a desarrollar complicaciones cutáneas, como úlceras por presión. El aseo adecuado, que incluye cambios de posición y cuidado de la piel, es esencial para prevenir estas afecciones.

Los celadores trabajan en estrecha colaboración con el personal de enfermería y otros miembros del equipo de atención. Contribuyen al monitoreo del estado del paciente y pueden identificar cambios o problemas que deben ser comunicados al personal médico.

El aseo del paciente a menudo implica la movilización y el traslado en la cama. Los celadores desempeñan un papel importante en garantizar la seguridad del paciente durante estas actividades. A continuación, explicaremos la función del celador en el aseo del paciente.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las funciones y habilidades que debe tener un celador, durante el aseo de un enfermo 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 realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

Funciones y actitudes del celador durante el aseo del paciente:

- Preparación y asistencia: El celador puede ayudar en la preparación del paciente para el aseo, asegurándose de que los profesionales sanitarios, tengan todo lo necesario como toallas, jabón, ropa limpia, y colaborando en la organización de los materiales. También puede asistir al paciente durante el aseo, ofreciendo ayuda física para moverse si es necesario.
- Privacidad y respeto: Es esencial que el celador mantenga la privacidad y el respeto del paciente durante el proceso de aseo. Esto implica cerrar cortinas o puertas y cubrir al paciente adecuadamente para preservar su dignidad.
- Comunicación efectiva: El celador debe comunicarse de manera respetuosa y comprensiva con el paciente durante el proceso de aseo. Puede preguntar sobre las preferencias del paciente, brindar explicaciones claras y tranquilizar al paciente si está ansioso.
- Seguridad del paciente: El celador debe garantizar la seguridad del paciente durante el aseo, evitando caídas o lesiones. Esto implica ayudar a mantener la esta-

bilidad del paciente y estar atento a las necesidades específicas, como la movilidad limitada.

- Higiene y limpieza: Asegurarse de que el paciente esté limpio e higiénico es una parte fundamental del aseo. El celador puede ayudar a lavar, secar y vestir al paciente según sea necesario, prestando especial atención a áreas delicadas o vulnerables.
- Documentación: Es importante que el celador registre cualquier observación relevante durante el aseo, como la presencia de úlceras por presión, heridas, o cambios en el estado del paciente. Esta información es valiosa para el equipo de atención médica.
- Colaboración en el equipo de atención: El celador debe trabajar en estrecha colaboración con el personal de enfermería y otros miembros del equipo de atención para garantizar que el paciente reciba el mejor cuidado posible.

5 Discusión-Conclusión

El aseo del paciente en un entorno hospitalario es mucho más que una cuestión de higiene. Tiene un impacto significativo en la salud física y emocional del paciente, su dignidad y su comodidad. Los celadores son un eslabón esencial en el proceso de atención al paciente, asegurando que reciban el mejor cuidado posible durante su estancia en el hospital. Durante el acto del aseo de un paciente, este se encuentra en total vulnerabilidad, de forma tanto física como psicológica, por lo que el celador debe ser cercano, profesional, empático y respetuoso, siendo el lenguaje, la mejor herramienta para la realización de su labor.

6 Bibliografía

1. <https://congresosicepa.com/celador-aseo-paciente-encamado/>.
2. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/aseo-del-paciente-entre-los-habitos-y.html>.
3. <https://revistamedica.com/procedimiento-aseo-paciente-encamado-realizado-tcae-celador/>.

Capítulo 550

EL CELADOR HOSPITALARIO Y LOS RIESGOS PSICOLÓGICOS DE SU LABOR

ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ

MIRIAM MEGÍAS RUÍZ

1 Introducción

En los centros hospitalarios realizan su labor una infinidad de categorías profesionales, unas con más visibilidad y gratitud social que otras, entre las que se encuentra, el celador, que suele ser la primera persona que nos atiende al demandar asistencia sanitaria, dándonos la primera impresión del servicio que solicitamos. La labor de un celador en hospitales es fundamental para el funcionamiento eficiente y el bienestar de los pacientes. Sin embargo, es importante reconocer que esta profesión, aunque gratificante, conlleva una serie de desafíos que pueden tener un impacto significativo en la salud psicológica de los celadores.

A lo largo de su jornada laboral, los celadores se enfrentan a situaciones emocionalmente intensas, como el sufrimiento de los pacientes, la presión de tiempo, la comunicación con familias en momentos críticos y, en ocasiones, la exposición a situaciones traumáticas. Este entorno puede dar lugar a una serie de daños psicológicos, incluyendo el estrés, la ansiedad, la depresión, y el síndrome de desgaste profesional.

Es importante reconocer y abordar estos problemas, tanto a nivel individual como institucional, con el objetivo de promover un entorno laboral más saludable y apoyar la salud mental de quienes desempeñan un papel tan crucial en el cuidado de los pacientes.

2 Objetivos

Explicar brevemente los riesgos psicológicos del celador que desempeña su labor en centros hospitalarios, en su jornada laboral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

El trabajo de celador hospitalario, puede estar asociado con riesgos psicológicos significativos debido a la naturaleza de su labor, más aún, durante la pandemia de COVID-19, en la que esos riesgos se han visto aumentados de una forma exponencial, creciendo el número de accidentes laborales, el absentismo y los daños en la salud mental de este tipo de trabajadores.

Entre ellos, podemos encontrar los siguientes:

Exposición a la Enfermedad y el Sufrimiento: Los celadores a menudo están en contacto cercano con pacientes que padecen enfermedades graves, lesiones o trastornos de salud mental. Esta exposición continua al sufrimiento puede generar angustia emocional y empatía con los pacientes.

Carga Emocional: El celador puede enfrentar situaciones difíciles, como la muerte de pacientes o el apoyo a familias en momentos de crisis. Esto puede generar una carga emocional significativa y agotamiento psicológico.

Ambiente de Trabajo Estresante: Los hospitales pueden ser entornos de alta presión con altas demandas y una carga de trabajo intensa. Esto puede llevar a niveles elevados de estrés y ansiedad en el personal.

Interacciones Conflictivas: Los celadores pueden encontrarse en situaciones de conflicto con pacientes o sus familias, lo que puede ser emocionalmente desafiante.

Lidiar con la Agresión: En entornos de salud mental o en situaciones de emergencia, los celadores pueden enfrentar agresiones verbales o físicas de los pacientes, lo que puede generar traumas y ansiedad.

Riesgo de Burnout: La exposición constante a situaciones estresantes y emocionales puede aumentar el riesgo de burnout, lo que a su vez puede afectar la salud mental del celador.

Dificultades en el Distanciamiento Emocional: Mantener un distanciamiento emocional adecuado es esencial, pero puede ser difícil para los celadores debido a las relaciones cercanas con los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Los daños psicológicos a los que se pueden enfrentar los celadores en hospitales son una preocupación significativa. La exposición constante a situaciones emocionalmente intensas y estresantes puede tener un impacto negativo en su salud mental. Es imperativo que se reconozcan y aborden estos problemas a nivel individual y organizacional. La implementación de programas de apoyo psicológico, la formación en manejo del estrés y la promoción de un entorno laboral más saludable son medidas esenciales.

Cuando pensamos en celadores hospitalarios, no pensamos en los posibles riesgos a los que están sometidos, tanto físicos como mentales, siendo estos últimos, los menos visibles.

6 Bibliografía

1. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=138475>
2. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-riesgo-psicosocial-atencion-primaria-S0212656715000335>
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 551

EL CELADOR HOSPITALARIO Y SUS PRINCIPALES FUNCIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ

MIRIAM MEGÍAS RUÍZ

1 Introducción

Una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) hospitalaria es una unidad especializada de un hospital diseñada para proporcionar atención médica crítica y especializada a pacientes que padecen enfermedades graves o que han experimentado cirugías complejas.

En una UCI hospitalaria, se encuentran equipos médicos altamente especializados, personal médico y de enfermería, personal no sanitario como puede ser el celador y tecnología médica avanzada.

La UCI es un entorno crítico en el que se atienden pacientes que requieren un monitoreo constante y cuidados intensivos debido a afecciones como insuficiencia respiratoria, problemas cardíacos graves, traumatismos graves, infecciones severas, entre otras.

Las UCI están equipadas con monitores que supervisan constantemente los signos vitales de los pacientes, ventiladores mecánicos para el soporte respiratorio, bombas de infusión para administrar medicamentos de forma precisa y otros equipos especializados.

También son un recurso vital en la atención médica moderna, ya que permiten el cuidado intensivo y la estabilización de pacientes gravemente enfermos o heridos.

Proporcionan un entorno controlado y altamente supervisado para mejorar las posibilidades de recuperación de los pacientes en situaciones de salud críticas.

El celador debe tener claras sus funciones a la hora de realizar su labor en este servicio, teniendo en cuenta también, la dureza del trato con un paciente de gravedad.

2 Objetivos

Explicar brevemente las funciones a realizar por el celador en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos hospitalarios.

3 Metodología

Para el siguiente capítulo, se ha hecho una búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed o Scielo y en plataformas de internet. Se ha realizado una revisión de toda la literatura encontrada, de acuerdo con el tema a tratar, se han desechado los datos menos importantes y se ha realizado el desarrollo del siguiente documento.

4 Resultados

PRINCIPALES FUNCIONES DEL CELADOR EN UCI

Asistencia al personal de enfermería y médico: Los celadores brindan apoyo constante al personal médico y de enfermería. Ayudan en la realización de procedimientos médicos, preparación de equipos y entrega de suministros.

Traslado de pacientes: Los celadores son responsables de transportar a los pacientes a la UCI y dentro de ella. Esto incluye llevar a cabo transferencias seguras desde las camillas de ambulancia o desde otras áreas del hospital.

Mantenimiento de equipos y suministros: Los celadores deben asegurarse de que los equipos y suministros esenciales estén disponibles y en buenas condiciones. Esto puede incluir la limpieza y la esterilización de equipo médico.

Control de accesos y visitas: Los celadores vigilan las entradas y salidas de la UCI para garantizar que solo el personal autorizado tenga acceso. Controlan las visitas y las horas de visita, cumpliendo con las políticas de la UCI.

Apoyo emocional: Los celadores pueden proporcionar apoyo emocional a los pacientes y sus familias. La presencia amable y tranquilizadora de un celador puede ser reconfortante en un entorno tan estresante.

Seguridad del paciente: Los celadores juegan un papel importante en la seguridad del paciente. Esto incluye prevenir caídas, mantener la privacidad y ayudar a mantener la calma en situaciones de emergencia.

Registro y documentación: Los celadores pueden llevar a cabo registros de las actividades realizadas, como traslados de pacientes y entrega de suministros. La documentación es crucial para la continuidad de la atención.

Coordinación de tareas: Los celadores pueden coordinar con otros miembros del equipo de atención, como técnicos de radiología o personal de laboratorio, para asegurarse de que los procedimientos se realicen de manera oportuna.

Colaboración en emergencias: En situaciones de emergencia, los celadores pueden desempeñar un papel crucial en la movilización de recursos y el apoyo a las evacuaciones si es necesario.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es vital para garantizar la atención integral y el bienestar de los pacientes críticamente enfermos. Sus funciones abarcan desde el traslado y la asistencia médica hasta el apoyo emocional y la seguridad del paciente. El celador desempeña un rol multidisciplinario, colaborando estrechamente con el equipo de atención médica. Su presencia es esencial para mantener un entorno de UCI ordenado, seguro y eficiente. La labor del celador contribuye significativamente a la calidad de la atención y al confort de los pacientes y sus familias en situaciones de alta complejidad médica.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/celador-uci/>

2. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-celador-en-la-uci/>
revistamedica.com/celador-unidad-de-cuidados-intensivos/

Capítulo 552

EL PINCHE DE COCINA HOSPITALARIA: LÍNEA FRÍA Y SU LABOR

ESTEFANÍA GÓMEZ SÁNCHEZ DE LEÓN

ANTONIO BACHILLER GONZÁLEZ

1 Introducción

La Línea Fría representa un sistema logístico moderno para la cocina tradicional refrigerada. En esencia, implica la cocción de alimentos de manera convencional, sin la inclusión de aditivos o conservantes, seguida de un rápido proceso de enfriamiento. Este proceso se realiza con el propósito de detener la degradación de los alimentos y la proliferación de microorganismos, lo que extiende la vida útil de los alimentos al mantenerlos a una temperatura de +3°C. Posteriormente, los alimentos pueden servirse de manera segura varios días después en diferentes plantas hospitalarias, y se vuelven a calentar justo antes de servir, lo que garantiza que mantengan sus cualidades en términos de sabor, color, olor y textura, entre otros aspectos.

Cuando se lleva a cabo correctamente, los pacientes no notan ninguna diferencia entre los alimentos preparados mediante la línea caliente y la línea fría. Esta técnica es particularmente común en hospitales de gran envergadura, donde el alto número de pacientes y las complejidades dietéticas dificultan el mantenimiento de cadenas de calor y frío para todos los platos y pacientes, convirtiendo la Línea Fría Completa en la opción más recomendable y utilizada.

Una de las ventajas clave de este sistema es su capacidad para programar la producción en un turno laboral de lunes a viernes, lo que permite anticipar la producción de las cenas de los fines de semana, incluyendo los sábados, domingos y festivos. Esto no solo garantiza la integridad de los alimentos, la entrega de platos a la temperatura adecuada, la higiene y la ausencia de microbios, sino que también conlleva beneficios significativos tanto para el personal de cocina como para los pacientes. A pesar de que existen otros enfoques, como la línea caliente y la línea mixta, en este capítulo nos centraremos en los diferentes procesos de refrigeración y congelación utilizados en la búsqueda de una dieta saludable sin diferencias significativas en comparación con la cocina tradicional.

2 Objetivos

Explicar lo que es la Línea Fría en hospitales y las funciones a realizar por el Pinche de Cocina en ella.

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

En la llamada Línea Fría, se emplean varios métodos de conservación de alimentos después de su cocción. Después de cocinar los platos, se inicia un rápido enfriamiento utilizando abatidores de temperatura, que pueden ser mecánicos o criogénicos. Los alimentos cocinados deben pasar por un proceso de regeneración para alcanzar la temperatura de servicio antes de su consumo.

Estos métodos de conservación se dividen en:

Cadena fría refrigerada: Los alimentos cocinados se enfrían de 65°C a 10°C en menos de una hora y media y se almacenan en cámaras entre 0°C y 3°C. Este proceso requiere un control constante de la temperatura para evitar riesgos de

contaminación, cambios en el sabor o textura de los alimentos, y permite conservar los alimentos durante aproximadamente 5 días.

Cadena fría congelada: Después de cocinar los alimentos, se someten a un descenso de temperatura y luego se congelan a -18°C en menos de 4 horas y media. Este proceso puede prolongar la vida útil de los alimentos durante meses.

Cocina al vacío: Se envasan los alimentos al vacío y luego se enfrían y almacenan en cámaras. Este enfoque se utiliza tanto para la cocción como para la conservación. La falta de oxígeno en el envasado detiene el crecimiento de bacterias, lo que permite que los alimentos se conserven hasta 21 días.

Proceso de regeneración: Consiste en calentar los alimentos que han sido previamente cocidos, enfriados, congelados o envasados al vacío para devolverlos a su temperatura inicial antes de su servicio. Este proceso se realiza en menos de una hora y asegura que los alimentos alcancen los 65°C antes de servirlos, generalmente justo antes de ser montados en bandejas para su entrega en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

La línea fría en un hospital ofrece la ventaja de optimizar la eficiencia del trabajo mientras se conservan intactas las características esenciales de los alimentos, como su textura, nutrientes y sabor. Gracias a la prolongación de la vida útil de los alimentos, se logra una mejor planificación de las dietas individuales para los pacientes. Esto permite cocinar en un solo turno de lunes a viernes por las mañanas y utilizar los alimentos refrigerados para preparar los menús de la noche y el fin de semana. En consecuencia, se reduce la necesidad de cocinar y servir 14 veces a la semana a tan solo 5 veces, manteniendo la misma cantidad de 14 menús disponibles.

6 Bibliografía

<https://hospitecnia.com/sites/default/files/158828314501588283145.pdf>
<https://zaguan.unizar.es/record/11804/files/TAZ-TFG-2013-677.pdf>

Capítulo 553

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LAS PATOLOGÍAS DE LA PIEL

MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR

CASANDRA GONZALEZ FUENTES

JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ

PATRICIA SÁNCHEZ

LORENA ALFARO SÁNCHEZ

1 Introducción

La piel, siendo el órgano más grande del cuerpo humano, desempeña un papel fundamental en nuestra salud y bienestar. Su importancia radica en su función de barrera protectora contra agentes externos, como bacterias, virus y factores ambientales adversos. Sin embargo, la piel no está exenta de sufrir patologías y trastornos que pueden afectar significativamente la calidad de vida de las personas. En este contexto, la figura del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) se erige como un pilar esencial en la atención y el cuidado de las patologías de la piel.

Las patologías de la piel son un grupo diverso de afecciones que van desde las más comunes, como el acné y las dermatitis, hasta enfermedades más graves, como el

cáncer de piel y las infecciones cutáneas graves. Estas condiciones pueden causar dolor, molestias, limitaciones en la funcionalidad y, en algunos casos, representar un riesgo para la vida del paciente. El TCAE desempeña un papel crucial al proporcionar cuidados integrales y apoyo emocional a aquellos que sufren de estas patologías.

El rol del TCAE en el manejo de las patologías de la piel abarca una amplia gama de responsabilidades. Desde la observación y registro de síntomas y cambios en la piel hasta la asistencia en la aplicación de tratamientos tópicos, curas, y la educación del paciente sobre cómo cuidar adecuadamente su piel. Los TCAE también colaboran estrechamente con el personal de enfermería y médicos, brindando información vital sobre la evolución de las condiciones cutáneas y garantizando un enfoque holístico en la atención al paciente.

Además de los aspectos técnicos, el TCAE desempeña un papel fundamental en el apoyo emocional de los pacientes que enfrentan patologías de la piel. La afección de la piel puede tener un impacto significativo en la autoestima y la salud mental de una persona, y el TCAE debe estar preparado para ofrecer un ambiente de cuidado compasivo y empático, brindando apoyo psicológico a los pacientes durante su proceso de tratamiento y recuperación.

La formación y preparación de los TCAE en el manejo de las patologías de la piel es esencial para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes. Esto implica adquirir conocimientos sólidos sobre la anatomía y fisiología de la piel, así como comprender en profundidad las diferentes afecciones cutáneas, sus causas, síntomas y tratamientos disponibles. Además, los TCAE deben estar actualizados con las últimas tendencias y avances en dermatología para brindar el mejor nivel de atención posible.

En resumen, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel crucial en el cuidado de las patologías de la piel al ofrecer una atención integral, técnica y emocional a los pacientes que enfrentan estas afecciones. Su compromiso con la salud y el bienestar de los pacientes contribuye de manera significativa a mejorar la calidad de vida de quienes sufren de enfermedades cutáneas, haciendo que su presencia sea invaluable en el campo de la enfermería dermatológica.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del TCAE ante las patologías de la piel.

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 Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel crucial en el cuidado de pacientes con patologías de la piel. A continuación, te proporciono algunos resultados y responsabilidades clave de un TCAE en este contexto:

1. ****Identificación de Patologías Cutáneas****: El TCAE debe ser capaz de identificar diferentes patologías de la piel, como dermatitis, psoriasis, úlceras por presión, hongos, entre otras. Esta habilidad es fundamental para brindar el cuidado adecuado.
2. ****Cuidado Preventivo****: Los TCAE desempeñan un papel importante en la prevención de patologías de la piel. Esto incluye la educación de los pacientes sobre hábitos de higiene adecuados y la promoción de medidas preventivas, como la movilización en pacientes con riesgo de úlceras por presión.
3. ****Administración de Tratamientos Tópicos****: Los TCAE pueden ser responsables de la aplicación de tratamientos tópicos recetados por el médico, como cremas, ungüentos o apósitos, en áreas afectadas de la piel.
4. ****Control de Infecciones****: Es esencial que el TCAE tenga conocimiento sobre medidas de control de infecciones para prevenir la propagación de enfermedades cutáneas, especialmente en entornos hospitalarios.
5. ****Registro y Documentación****: Llevar un registro preciso de la condición de la piel del paciente, los tratamientos aplicados y cualquier cambio observado es

fundamental para garantizar la continuidad de la atención y la comunicación con el equipo médico.

6. ****Apoyo Emocional al Paciente****: Las patologías de la piel pueden ser dolorosas y emocionalmente desafiantes para los pacientes. Los TCAE desempeñan un papel importante en brindar apoyo emocional, explicar el tratamiento y responder a las preguntas y preocupaciones de los pacientes.

7. ****Colaboración en el Equipo de Salud****: Trabajar en estrecha colaboración con enfermeros y médicos es esencial para proporcionar una atención integral a los pacientes con patologías de la piel. Esto implica comunicar cualquier cambio en la condición del paciente y seguir las órdenes médicas.

8. ****Educación al Paciente y la Familia****: Los TCAE también tienen la responsabilidad de educar a los pacientes y sus familias sobre el manejo de las patologías de la piel, los signos de empeoramiento y la importancia del seguimiento médico.

9. ****Seguridad y Ética Profesional****: Mantener altos estándares de ética y seguridad en la atención al paciente es esencial. Esto incluye la protección de la privacidad y la confidencialidad de la información del paciente.

En resumen, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería juega un papel fundamental en el cuidado y el apoyo a pacientes con patologías de la piel. Su capacidad para identificar, prevenir y tratar estas afecciones, junto con su enfoque en el bienestar emocional de los pacientes, contribuye significativamente a la atención integral en el campo de la enfermería.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el manejo de patologías de la piel es de suma importancia en el ámbito de la atención sanitaria. Estos profesionales desempeñan un papel multifacético que abarca desde la identificación temprana de afecciones cutáneas hasta la implementación de tratamientos, la educación de pacientes y familias, y el apoyo emocional. Su contribución es esencial para garantizar la calidad de vida de los pacientes y prevenir complicaciones graves.

En su labor, los TCAE deben ser capaces de reconocer una amplia gama de patologías dermatológicas y entender sus causas, síntomas y tratamientos asociados. La prevención también es clave, y los TCAE desempeñan un papel crucial

en la promoción de la higiene y en la identificación de factores de riesgo, especialmente en el caso de las úlceras por presión en pacientes encamados.

La administración de tratamientos tópicos y el seguimiento de las órdenes médicas son responsabilidades centrales del TCAE, y su capacidad para llevar un registro preciso es vital para la comunicación efectiva con el equipo de salud. Además, su habilidad para brindar apoyo emocional y educación a los pacientes y sus familias es invaluable, ya que muchas patologías de la piel pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida y la salud mental de los pacientes.

La colaboración estrecha con otros profesionales de la salud, como enfermeros y médicos, es esencial para proporcionar una atención integral y coordinada. Los TCAE actúan como un eslabón vital en la cadena de atención al paciente y contribuyen a asegurar que se cumplan los estándares éticos y de seguridad más altos en la atención médica.

En resumen, los TCAE son profesionales fundamentales en el cuidado de pacientes con patologías de la piel, ya que desempeñan un papel crucial en la identificación, prevención, tratamiento y apoyo emocional de estos pacientes. Su compromiso con el bienestar de los pacientes y su capacidad para trabajar en equipo hacen que sean un activo inestimable en el sistema de atención médica.

6 Bibliografía

<https://medlineplus.gov/spanish/skinconditions.html> <https://www.healthline.com/health/es/enfermedades-de-la-piel> <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/enfermedades-de-la-piel> <https://sk.inexpert.sesderma.com/enfermedades-de-la-piel-causas-y-tratamientos/>

Capítulo 554

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA FECUNDACIÓN IN VITRO

MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR

CASANDRA GONZALEZ FUENTES

JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ

PATRICIA SÁNCHEZ

LORENA ALFARO SÁNCHEZ

1 Introducción

La fecundación in vitro, también conocida como FIV, es un avanzado procedimiento de reproducción asistida que ha revolucionado la forma en que las parejas con dificultades para concebir pueden cumplir su deseo de tener un hijo. En este proceso altamente especializado, la colaboración de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud es esencial para garantizar el éxito y la seguridad de los pacientes involucrados. Uno de los roles clave en este equipo es el del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), cuya labor desempeña un papel crucial en todo el proceso de FIV.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es un profesional de la salud altamente capacitado y dedicado cuya función es proporcionar atención y apoyo

integral a los pacientes que se someten a tratamientos de FIV. Este profesional desempeña un papel fundamental en la coordinación de los cuidados, asegurando que los pacientes reciban la atención adecuada en cada etapa del proceso.

La fecundación in vitro es un procedimiento complejo que implica la estimulación ovárica, la extracción de óvulos, la fertilización en el laboratorio, el cultivo embrionario y finalmente, la transferencia embrionaria al útero. En cada una de estas etapas, el TCAE juega un papel crucial al proporcionar el apoyo emocional y físico necesario a los pacientes, explicar el procedimiento, administrar medicamentos según las indicaciones, y asegurar que se sigan los protocolos de higiene y seguridad. Además, el TCAE también se encarga de la monitorización constante de los signos vitales de los pacientes y la detección de posibles complicaciones.

Otro aspecto importante de la labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la FIV es el trabajo en equipo. Colabora estrechamente con el equipo médico, los embriólogos, los enfermeros y otros profesionales de la salud para garantizar una atención coordinada y eficiente. Además, brinda apoyo emocional a las parejas que a menudo experimentan un alto nivel de estrés y ansiedad durante todo el proceso.

La FIV es un campo en constante evolución, con avances científicos y tecnológicos que mejoran constantemente las tasas de éxito y la seguridad de los procedimientos. En este contexto, el TCAE debe mantenerse actualizado con las últimas investigaciones y protocolos de tratamiento para brindar la mejor atención posible a los pacientes.

En resumen, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel esencial en la fecundación in vitro al proporcionar cuidados integrales y apoyo a los pacientes, garantizar la coordinación eficiente del equipo médico y contribuir al éxito y bienestar de las parejas que buscan cumplir su sueño de ser padres mediante esta avanzada técnica de reproducción asistida. Su dedicación y competencia son fundamentales para el éxito de la FIV y para el logro de la felicidad de muchas familias en todo el mundo.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del TCAE en la fecundación in vitro.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel importante en el proceso de la fecundación in vitro (FIV) y el cuidado de los pacientes que están sometidos a tratamientos de reproducción asistida. Aunque sus responsabilidades pueden variar según la institución y las leyes locales, aquí te proporciono una descripción general de cómo un TCAE podría estar involucrado en el proceso de FIV:

1. Educación y apoyo al paciente: El TCAE puede proporcionar información y apoyo emocional a los pacientes que están considerando o ya están sometiéndose a tratamientos de FIV. Esto puede incluir explicar el procedimiento, responder preguntas y ofrecer apoyo emocional para aliviar la ansiedad.
2. Preparación del paciente: Antes de la FIV, el TCAE puede ayudar en la preparación de los pacientes. Esto podría incluir la toma de muestras de sangre, administración de medicamentos prescritos por el médico, y garantizar que el paciente comprenda y siga las instrucciones adecuadamente.
3. Monitorización de signos vitales: Durante el proceso de FIV, el TCAE puede ser responsable de la monitorización de los signos vitales de los pacientes, como la presión arterial y la frecuencia cardíaca, para garantizar que estén en condiciones óptimas durante el procedimiento.
4. Asistencia en procedimientos: En algunos casos, el TCAE puede asistir a los médicos y enfermeras en los procedimientos médicos relacionados con la FIV, como la recolección de óvulos, la fertilización in vitro y la transferencia de embriones.
5. Cuidado postoperatorio: Después de los procedimientos de FIV, el TCAE puede brindar cuidado postoperatorio, controlando los signos vitales del paciente y ayudando en la recuperación. Esto incluye asegurarse de que los pacientes estén có-

modos y comprendan las instrucciones postoperatorias.

6. Documentación y registro: Es importante que el TCAE lleve un registro detallado de las intervenciones y cuidados proporcionados a los pacientes, asegurando que se cumplan los protocolos y se mantenga un registro preciso de la atención brindada.

Es fundamental recordar que las responsabilidades específicas de un TCAE en un entorno de FIV pueden variar según la legislación y las políticas locales, así como la institución en la que trabajen. Además, la colaboración efectiva con el personal médico y de enfermería es esencial para garantizar el éxito de los tratamientos de FIV y el bienestar de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el contexto de la fecundación in vitro (FIV) es significativo y multifacético. Estos profesionales desempeñan un papel crucial en el proceso al proporcionar apoyo emocional, educación, preparación del paciente, asistencia durante los procedimientos, cuidado postoperatorio y documentación precisa. A continuación, se resumen los puntos clave:

1. ****Apoyo emocional y educación****: Los TCAE son fundamentales para ayudar a los pacientes a comprender el proceso de FIV, responder a sus preguntas y proporcionar apoyo emocional para reducir la ansiedad y el estrés asociados con estos tratamientos.
2. ****Preparación del paciente****: Los TCAE se encargan de preparar a los pacientes antes de los procedimientos, lo que puede incluir la administración de medicamentos prescritos, toma de muestras de sangre y asegurarse de que los pacientes sigan las instrucciones de manera adecuada.
3. ****Monitorización de signos vitales****: Durante los procedimientos de FIV, los TCAE son responsables de la monitorización de los signos vitales de los pacientes para garantizar que estén en las mejores condiciones posibles para el éxito del procedimiento.
4. ****Asistencia en procedimientos****: En algunos casos, los TCAE asisten a los médicos y enfermeras en procedimientos médicos clave, como la recolección de óvulos, la fertilización in vitro y la transferencia de embriones, contribuyendo a

la seguridad y el bienestar de los pacientes.

5. **Cuidado postoperatorio**: Después de los procedimientos de FIV, los TCAE continúan desempeñando un papel esencial al brindar cuidado postoperatorio, asegurando la comodidad de los pacientes y garantizando que comprendan y sigan las instrucciones postoperatorias.

6. **Documentación y registro**: La documentación precisa es esencial en el cuidado de la salud. Los TCAE llevan un registro detallado de las intervenciones y cuidados proporcionados, lo que garantiza la trazabilidad de la atención brindada y el cumplimiento de los protocolos.

En última instancia, la contribución del TCAE en la FIV va más allá de las tareas técnicas, ya que también desempeñan un papel crucial en el apoyo emocional y la comunicación efectiva con los pacientes. Su compromiso y habilidades son valiosos para el éxito de estos tratamientos y el bienestar integral de las personas que buscan concebir a través de la reproducción asistida.

6 Bibliografía

1. "Reproducción Humana Asistida" de Pilar Bello-Muñoz, María J. Muñoz Serano, María Victoria Requena Tapia.
2. "Manual de Fertilidad de la Sociedad Española de Fertilidad" de Sociedad Española de Fertilidad.
3. "Reproducción Asistida: Aspectos éticos y sociales" de Enrique Vargas Terrez, Teresa Vila Ortega.
4. "Fecundación in vitro: Un camino hacia la maternidad" de Graciela Resnik y Mónica Avendaño.
5. "Técnicas de Reproducción Asistida" de Francisco Nohales Alfonso, María Dolores Gutiérrez Arranz.
6. "Aspectos Médicos, Éticos y Legales en Reproducción Asistida" de José Antonio Llácer Ortega.

Capítulo 555

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE PAGET

MARIA DEL CARMEN CASTRO ALCÁZAR

CASANDRA GONZALEZ FUENTES

JUANAANGELES RUIZ SANCHEZ

PATRICIA SÁNCHEZ

LORENA ALFARO SÁNCHEZ

1 Introducción

La enfermedad de Paget, también conocida como osteítis deformante, es una patología ósea crónica y progresiva que afecta principalmente a adultos mayores. Esta afección, que lleva el nombre del cirujano británico Sir James Paget, quien la describió por primera vez en la década de 1870, se caracteriza por un proceso anormal de remodelación ósea que resulta en un aumento de la fragilidad y la deformidad de los huesos. Aunque la enfermedad de Paget no es extremadamente común, su impacto en la calidad de vida de quienes la padecen puede ser significativo, lo que destaca la importancia de contar con profesionales de la salud debidamente capacitados para su atención y manejo.

En este contexto, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería desempeñan un papel fundamental en el abordaje de pacientes afectados por la enfermedad de

Paget. Estos profesionales de la salud, conocidos como TCAE, son miembros esenciales del equipo de atención médica, ya que trabajan en estrecha colaboración con enfermeros y otros profesionales de la salud para proporcionar un cuidado integral y de alta calidad a los pacientes. Su formación y capacitación específica los preparan para llevar a cabo una serie de tareas y responsabilidades clave en el manejo de esta y otras enfermedades óseas, contribuyendo así al bienestar de los pacientes y a la eficacia de los equipos médicos.

Exploraremos en detalle el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la atención de la enfermedad de Paget, destacando su formación, funciones y la importancia de su labor en el contexto de esta afección ósea crónica. Además, examinaremos algunos aspectos clave de la enfermedad de Paget, como sus causas, síntomas y opciones de tratamiento, para comprender mejor el contexto en el que estos profesionales desempeñan su papel esencial en el campo de la atención médica. En última instancia, veremos cómo la colaboración interdisciplinaria entre TCAE, enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud es esencial para brindar la mejor atención posible a los pacientes que enfrentan este desafiante trastorno óseo.

2 Metodología

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

3 Resultados

Los objetivos principales a alcanzar ante un paciente con enfermedad de Paget son:

Controlar el dolor: Uno de los objetivos principales es ayudar a los pacientes a controlar el dolor óseo y articular asociado con la enfermedad de Paget. Esto implica la administración de medicamentos según las indicaciones médicas, la observación de signos de dolor o molestias y la comunicación efectiva con el equipo de atención médica sobre cualquier cambio en la intensidad del dolor.

Promover la movilidad: Los pacientes con enfermedad de Paget pueden exper-

imentar rigidez y limitaciones en la movilidad debido a deformidades óseas. El objetivo es ayudar a los pacientes a mantener o mejorar su movilidad mediante ejercicios terapéuticos, cambios de posición y la utilización de dispositivos de asistencia si es necesario.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) pueden desempeñar un papel importante en el cuidado y apoyo de pacientes con enfermedad de Paget. Aquí hay algunos resultados relevantes para un TCAE en la atención a pacientes con esta enfermedad:

1. ****Conocimiento de la enfermedad de Paget****: Un TCAE debe estar familiarizado con los conceptos básicos de la enfermedad de Paget, incluyendo sus causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento. Esto ayudará a proporcionar una atención más informada.
2. ****Asistencia en el tratamiento****: Los TCAE pueden ayudar en la administración de medicamentos recetados por el médico, como bisfosfonatos u otros fármacos para controlar la enfermedad. Deben estar capacitados para administrar medicamentos de manera segura y documentar su administración.
3. ****Movilidad y cuidado postoperatorio****: En casos graves de enfermedad de Paget, es posible que se necesite cirugía para corregir deformidades óseas. Los TCAE pueden ayudar en la movilización de pacientes después de la cirugía y proporcionar cuidados de enfermería postoperatorios.
4. ****Educación al paciente****: Es importante educar a los pacientes sobre la enfermedad de Paget, su tratamiento y cómo llevar un estilo de vida saludable para reducir el riesgo de complicaciones. Los TCAE pueden ayudar en la educación del paciente y responder a preguntas.
5. ****Apoyo emocional****: Los pacientes con enfermedad de Paget pueden experimentar dolor crónico y limitaciones físicas. Los TCAE deben estar preparados para brindar apoyo emocional y psicológico, así como para identificar signos de depresión o ansiedad.
6. ****Coordinación con otros profesionales de la salud****: Los TCAE trabajan en estrecha colaboración con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud para garantizar que los pacientes reciban una atención integral y coordinada.
7. ****Seguridad del paciente****: Los TCAE deben seguir protocolos de seguridad para prevenir caídas y otras lesiones, especialmente en pacientes con enfermedad

de Paget que pueden tener huesos frágiles.

8. ****Documentación precisa****: Llevar un registro preciso de la atención brindada, los medicamentos administrados y cualquier cambio en el estado del paciente es esencial para proporcionar una atención de calidad.

9. ****Actualización constante****: Dado que la atención médica está en constante evolución, es importante que los TCAE se mantengan actualizados sobre los últimos avances en el tratamiento y la gestión de la enfermedad de Paget.

10. ****Trabajo en equipo****: Trabajar en colaboración con otros miembros del equipo de atención médica, como enfermeras, terapeutas y trabajadores sociales, es fundamental para brindar la mejor atención posible al paciente.

En resumen, los TCAE desempeñan un papel esencial en la atención a pacientes con enfermedad de Paget, proporcionando cuidados básicos, apoyo emocional y educación mientras trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud para garantizar un enfoque integral del tratamiento.

4 Discusión-Conclusión

En conclusión, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tienen un papel significativo en la atención a pacientes con enfermedad de Paget. Su conocimiento sobre la enfermedad, su capacidad para proporcionar cuidados básicos y apoyo emocional, y su colaboración con otros profesionales de la salud son fundamentales para garantizar una atención integral y de calidad. Los TCAE desempeñan un papel crucial en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Paget al ayudar en el tratamiento, la movilización, la educación y el apoyo continuo. Su contribución es esencial para brindar un enfoque holístico y completo en el manejo de esta afección ósea crónica.

5 Bibliografía

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

Capítulo 556

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

ANA BELEN RIPIERO CARBONELL

ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA

MARÍA ELENA DÍAZ DE LA CRUZ

1 Introducción

Un servicio hospitalario de resonancia magnética es una parte vital de la atención médica moderna. La resonancia magnética (RM) es una técnica de diagnóstico por imágenes que utiliza potentes campos magnéticos y ondas de radio para crear imágenes detalladas del interior del cuerpo. Este servicio hospitalario brinda a los médicos una herramienta invaluable para diagnosticar una amplia variedad de condiciones médicas, desde lesiones deportivas hasta trastornos neurológicos y cáncer.

Los pacientes son referidos a un servicio de RM por sus médicos cuando se necesita una visión más profunda de sus tejidos internos. Durante el procedimiento, el paciente se coloca en una camilla que se desliza dentro de un tubo que contiene un imán gigante. No se utiliza radiación ionizante, lo que hace que la RM sea segura en la mayoría de los casos.

La información recopilada por la RM es crucial para la planificación de tratamientos, cirugías y seguimiento de enfermedades. Los especialistas interpretan las imágenes para identificar anomalías y proporcionar información crítica para el equipo médico.

La calidad y precisión de las imágenes de RM dependen de la tecnología utilizada y la experiencia del personal. Los hospitales invierten en equipos de vanguardia y aseguran que los técnicos estén debidamente capacitados.

El servicio hospitalario de resonancia magnética es una herramienta esencial en la atención médica moderna, proporcionando diagnósticos precisos y no invasivos que mejoran la atención al paciente y ayudan a salvar vidas.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de resonancia magnética.

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 el servicio hospitalario de resonancia magnética desempeña un papel esencial en la coordinación y gestión de actividades relacionadas con este servicio. Sus responsabilidades abarcan una variedad de tareas que contribuyen al funcionamiento eficiente de la unidad de resonancia magnética. Aquí se describen algunas de las funciones clave que realiza un auxiliar administrativo en este entorno:

Programación de citas: El auxiliar administrativo se encarga de programar las citas de los pacientes para las exploraciones de resonancia magnética. Esto implica coordinar los horarios de los pacientes con la disponibilidad de la máquina

y el personal médico.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de la información de los pacientes, incluyendo su historial médico, datos de contacto y datos de seguro. Asegura que todos los formularios y documentación estén completos y actualizados.

Recepción de pacientes: Recibe a los pacientes cuando llegan a la unidad de resonancia magnética, brindándoles información sobre el procedimiento y ayudándoles a completar cualquier documentación necesaria.

Coordinación logística: Organiza la logística de la sala de resonancia magnética, asegurándose de que esté limpia, abastecida y lista para cada procedimiento. También coordina el acceso de los pacientes y garantiza su comodidad y seguridad durante la exploración.

Comunicación con el personal médico: Actúa como intermediario entre el personal médico y los pacientes, asegurándose de que se proporcionen instrucciones claras antes del procedimiento y que los resultados se envíen a los médicos pertinentes.

Facturación y seguros: Se encarga de la facturación de los servicios de resonancia magnética y de la coordinación con compañías de seguros para garantizar que los pacientes reciban la cobertura adecuada.

Mantenimiento de registros: Lleva un registro detallado de todos los procedimientos realizados, lo que facilita el seguimiento de los pacientes y la gestión de datos estadísticos para la unidad.

Atención al cliente: Ofrece un servicio amable y atento a los pacientes, brindándoles apoyo y respondiendo a sus preguntas y preocupaciones.

El auxiliar administrativo desempeña un papel fundamental en la operación eficiente del servicio de resonancia magnética en un hospital. Su trabajo contribuye a garantizar que los pacientes reciban atención de calidad y que el servicio funcione sin problemas.

5 Discusión-Conclusión

La mejora administrativa del servicio de resonancia magnética en un hospital es esencial para brindar una atención de calidad y eficiente a los pacientes. En

primer lugar, se deben implementar sistemas de programación y registro electrónicos que optimicen la gestión de citas y el acceso a los historiales de los pacientes. Esto reduce el tiempo de espera y mejora la eficiencia operativa.

Además, es crucial establecer protocolos de comunicación efectiva entre el personal de la sala de resonancia y los médicos solicitantes, garantizando la entrega oportuna de resultados. La capacitación constante del personal en procedimientos de seguridad y atención al paciente es fundamental para minimizar riesgos y asegurar una atención de alta calidad. La inversión en tecnología de resonancia magnética actualizada y mantenimiento regular de equipos mejora la precisión de los diagnósticos y la satisfacción del paciente. La implementación de indicadores de rendimiento y retroalimentación continua permite evaluar y ajustar los procesos, lo que lleva a una gestión administrativa más efectiva y un servicio de resonancia magnética de mayor calidad.

6 Bibliografía

Ruiz López, J. A. (2019). Sensibilidad y especificidad de la colangiopancreatografía por resonancia magnética y la ecografía versus la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en el diagnóstico de coledocolitiasis la experiencia en el Hospital Carlos Andrade Marín (Master's thesis, Quito).

Capítulo 557

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA DE PEC TAC DE UN HOSPITAL PÚBLICO

ANA BELEN RIPIERO CARBONELL

ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA

MARÍA ELENA DÍAZ DE LA CRUZ

1 Introducción

El área de PEC-TAC (Tomografía por Emisión de Positrones con Tomografía Computarizada) en un hospital desempeña un papel fundamental en la detección, diagnóstico y seguimiento de diversas enfermedades, especialmente el cáncer y trastornos neurológicos. Esta tecnología combina dos técnicas de imagen médica avanzadas: la PET, que utiliza trazadores radiactivos para visualizar la actividad metabólica en el cuerpo, y la TC, que proporciona imágenes detalladas de la anatomía.

En el área de PEC-TAC, se realizan procedimientos en los que los pacientes son administrados con trazadores radiactivos específicos, que se acumulan en áreas del cuerpo con mayor actividad metabólica, como tumores. Luego, una máquina PEC-TAC captura imágenes tridimensionales que revelan la ubicación y extensión de estas áreas anómalas. Esto permite a los médicos diagnosticar enfermedades, determinar la etapa del cáncer y evaluar la eficacia del tratamiento.

El personal de PEC-TAC, que incluye técnicos especializados y radiólogos, es responsable de operar la máquina y garantizar que los procedimientos se realicen de manera segura y precisa. Además, trabajan en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, como oncólogos y neurólogos, para interpretar las imágenes y tomar decisiones clínicas informadas.

El área de PEC-TAC en un hospital desempeña un papel esencial en la atención médica avanzada, permitiendo diagnósticos tempranos y precisos, así como un seguimiento efectivo de diversas enfermedades, lo que mejora significativamente las posibilidades de tratamiento y recuperación para los pacientes.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en el área de PEC-TAC de un hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en el área de PEC-TAC (Tomografía por Emisión de Positrones con Tomografía Computarizada) hospitalario desempeña un papel crucial en la coordinación de actividades administrativas y logísticas para garantizar el funcionamiento eficiente de esta unidad. Sus responsabilidades abarcan una variedad de tareas que contribuyen a la atención al paciente y a la gestión efectiva del área. Aquí se describen algunas de las funciones clave que realiza un auxiliar administrativo en este entorno:

Programación de citas y registros: El auxiliar administrativo se encarga de programar las citas de los pacientes para los procedimientos de PEC-TAC, lo que

implica coordinar horarios y asegurarse de que la documentación necesaria esté completa y actualizada.

Recepción y orientación de pacientes: Recibe a los pacientes cuando llegan al área de PEC-TAC, proporcionándoles información sobre el procedimiento y asisténdolos en la documentación, como formularios de consentimiento.

Coordinación logística: Organiza la logística del área, garantizando que la sala de PEC-TAC esté preparada y equipada para cada procedimiento, incluyendo la disponibilidad de los trazadores radiactivos necesarios.

Comunicación con el personal médico: Actúa como enlace entre el personal médico y los pacientes, asegurándose de que se brinden instrucciones claras antes de los procedimientos y de que los resultados se entreguen a los médicos pertinentes.

Facturación y seguros: Lleva a cabo tareas relacionadas con la facturación de los servicios de PEC-TAC y la coordinación con compañías de seguros para garantizar que los pacientes reciban la cobertura adecuada.

Mantenimiento de registros: Lleva un registro detallado de todos los procedimientos realizados, lo que facilita el seguimiento de los pacientes y la generación de informes estadísticos para la unidad y la dirección del hospital.

Atención al cliente: Ofrece un servicio amable y comprensivo a los pacientes, brindándoles apoyo y respondiendo a sus preguntas y preocupaciones.

Además, el auxiliar administrativo debe garantizar el cumplimiento de las normativas de seguridad radiológica y la gestión adecuada de los materiales radiactivos utilizados en los procedimientos de PEC-TAC. También es importante mantener la confidencialidad de la información del paciente y trabajar en colaboración con otros departamentos del hospital, como el de radiología y el de oncología, para una atención integral y coordinada.

El auxiliar administrativo en el área de PEC-TAC hospitalario desempeña un papel fundamental en la operación eficiente de este servicio, contribuyendo a garantizar que los pacientes reciban atención de calidad y que los procedimientos se realicen de manera segura y efectiva.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la documentación en el servicio de PEC-TAC hospitalario, recomendaría implementar un sistema de gestión de registros electrónicos eficiente y capacitar al personal en su uso. Esto agilizará la recopilación y almacenamiento de datos, reducirá errores y mejorará la accesibilidad a la información clínica de los pacientes.

Además, se debe establecer un protocolo de documentación estandarizado que incluya pautas claras sobre qué información debe registrarse y cómo hacerlo de manera consistente. Esto garantizará que todos los miembros del equipo comprendan su papel en la documentación y mantendrán registros precisos y completos.

Es importante fomentar la revisión regular de registros para identificar áreas de mejora y garantizar el cumplimiento de las regulaciones de seguridad radiológica. Finalmente, se debe promover una cultura de conciencia sobre la importancia de una documentación precisa y la confidencialidad de los datos del paciente, destacando cómo esto contribuye a la calidad de la atención.

6 Bibliografía

Jiménez, C. (2020). Entre la neurociencia y el derecho penal: breve estudio de las sentencias del crimen de Pioz. *Revista Mexicana de Ciencias Penales*, 3(12), 131-159.

Capítulo 558

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

ANA BELEN RIPIERO CARBONELL

MARÍA ELENA DÍAZ DE LA CRUZ

ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA

1 Introducción

Una planta de cardiología en un hospital es un espacio dedicado a la atención integral de pacientes con trastornos cardíacos. Esta área es fundamental debido a la alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares en todo el mundo. Aquí se describen algunas de las características y funciones de una planta de cardiología:

Unidad especializada: La planta de cardiología suele estar equipada con tecnología de vanguardia, que incluye unidades de cuidados intensivos cardíacos, salas de cateterismo cardíaco y equipos de monitorización avanzada para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades del corazón.

Equipo médico y de enfermería especializado: En esta área trabajan cardiólogos, cirujanos cardiovasculares, enfermeras especializadas en cardiología y técnicos con experiencia en procedimientos cardíacos invasivos, como cateterismos y angioplastias.

Diagnóstico y tratamiento: La planta de cardiología ofrece una gama completa de servicios, que incluyen la realización de electrocardiogramas (ECG), ecocardiografías, pruebas de esfuerzo y procedimientos quirúrgicos como bypass coronario o implantación de marcapasos.

Rehabilitación cardíaca: En algunos casos, la planta de cardiología también puede ofrecer programas de rehabilitación cardíaca para ayudar a los pacientes a recuperar su fuerza y función cardíaca después de eventos como un infarto de miocardio.

Educación y prevención: El personal de la planta de cardiología a menudo se dedica a educar a los pacientes sobre la prevención de enfermedades cardíacas, incluyendo la promoción de una dieta saludable, el control del estrés y la importancia del ejercicio.

Monitoreo constante: Los pacientes que requieren cuidados intensivos cardíacos se benefician de un monitoreo constante de sus signos vitales y electrocardiogramas, lo que permite una atención inmediata en caso de complicaciones.

La planta de cardiología desempeña un papel crítico en la atención de pacientes con afecciones cardíacas, brindando diagnóstico, tratamiento y cuidados de calidad para mejorar la salud cardiovascular y la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

Describir las funciones del auxiliar administrativo en la planta de cardiología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha tratado de profundizar en la búsqueda de aquellos artículos y casos clínicos contando con los buscadores indexados que tienen más prestigio en nuestra lengua y en lengua inglesa, en una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en el servicio de cardiología desempeña un papel esencial en la gestión de las actividades administrativas y logísticas de esta área médica. Sus funciones abarcan una variedad de tareas que contribuyen al funcionamiento eficiente de la unidad de cardiología y al bienestar de los pacientes. A continuación, se describen algunas de las funciones clave que realiza un auxiliar administrativo en este entorno:

Programación de citas: El auxiliar administrativo se encarga de programar las citas de los pacientes, coordinando horarios y asegurándose de que se respeten los tiempos de espera, lo que es especialmente importante en el caso de pacientes con afecciones cardíacas.

Recepción de pacientes: Recibe a los pacientes cuando llegan a la unidad de cardiología, brindándoles información sobre los procedimientos y ayudándolos a completar formularios y documentación necesaria.

Registro y documentación: Lleva un registro detallado de la información del paciente, incluyendo historial médico, datos de contacto y datos de seguro. Asegura que todos los registros estén actualizados y en cumplimiento con las regulaciones de salud.

Coordinación logística: Organiza la logística del servicio de cardiología, asegurándose de que los espacios de consulta y tratamiento estén preparados y equipados para atender a los pacientes de manera eficiente.

Comunicación con el personal médico: Actúa como intermediario entre el personal médico y los pacientes, proporcionando instrucciones y asegurando que los resultados de pruebas y diagnósticos se entreguen a los médicos pertinentes.

Facturación y seguros: Realiza tareas relacionadas con la facturación de servicios y coordina con compañías de seguros para garantizar que los pacientes reciban la cobertura adecuada.

Mantenimiento de registros: Lleva un registro de los procedimientos realizados y mantiene un sistema de archivos ordenado y seguro, lo que facilita el seguimiento de los pacientes y la generación de informes estadísticos.

Atención al cliente: Ofrece un servicio amable y atento a los pacientes, brindando apoyo y respondiendo a sus preguntas y preocupaciones.

El auxiliar administrativo en el servicio de cardiología hospitalaria es un eslabón clave para asegurar la atención eficiente y precisa de los pacientes, garantizando que los procesos administrativos sean fluidos y que la documentación esté completa y actualizada. Su trabajo contribuye al bienestar de los pacientes y al funcionamiento exitoso del servicio de cardiología.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la documentación en el servicio de cardiología del hospital, es crucial implementar un enfoque más eficiente y centrado en la tecnología. Mi recomendación es que se establezca un sistema de gestión de registros médicos electrónicos que permita la captura, almacenamiento y acceso a la información de los pacientes de manera más rápida y precisa. Esto reducirá la dependencia de los documentos en papel y minimizará errores de documentación.

Además, se debe capacitar al personal en el uso de este sistema electrónico y promover prácticas de documentación estandarizadas. Esto garantizará que todos los miembros del equipo comprendan las responsabilidades específicas en cuanto a la recopilación y el registro de información, lo que mejorará la coherencia y la integridad de los registros.

También es fundamental establecer procedimientos de revisión periódica de registros y fomentar la retroalimentación constante para identificar áreas de mejora y garantizar el cumplimiento de las regulaciones y estándares de calidad. La implementación de estas recomendaciones no solo agilizará la documentación, sino que también mejorará la seguridad y calidad de la atención al paciente en el servicio de cardiología del hospital.

6 Bibliografía

Sueldo, M. A. D., Rivera, M. A. M., Sánchez-Zambrano, M. B., Zilberman, J., Múnera-Echeverri, A. G., Paniagua, M., ... & Serra, C. M. (2022). Guía de práctica clínica de la Sociedad Interamericana de Cardiología sobre prevención primaria de enfermedad cardiovascular en la mujer. Archivos de cardiología de México, 92, 1-68.

Capítulo 559

TÉCNICO ESPECIALISTA EN TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN: SEGURIDAD INFORMÁTICA EN HOSPITALES

ISMAEL CARRETERO AMORES

1 Introducción

La ciberseguridad en el sector de la salud se ha transformado en una preocupación crítica y urgente en la era digital. Los hospitales y centros médicos, que gestionan una ingente cantidad de datos médicos y personales extremadamente sensibles, se han convertido en objetivos de alto valor para ciberdelincuentes que buscan explotar la información y los sistemas en busca de beneficios personales o financieros. La creciente digitalización de los registros médicos, el aumento de la interconexión de sistemas de atención médica y la adopción de dispositivos médicos conectados han aumentado la superficie de ataque, exponiendo a instituciones médicas y a los pacientes que atienden a riesgos cibernéticos cada vez mayores.

En calidad de técnico especialista en tecnologías de la información en un entorno hospitalario, se asume una responsabilidad crítica en la protección de los sistemas, la salvaguardia de los datos y la garantía de la prestación continua de servicios médicos de alta calidad en un entorno cada vez más digital y peligroso. Este artículo explora profundamente la trascendencia de la ciberseguridad en salud, subrayando la imperiosa necesidad de proteger los datos médicos y de

asegurar la continuidad de los servicios médicos en un mundo cada vez más digitalizado y expuesto a amenazas cibernéticas.

La adopción acelerada de sistemas de información médica y la digitalización de registros médicos han alterado profundamente la forma en que se brinda atención médica en la actualidad. La movilidad y la accesibilidad de la información médica han mejorado considerablemente, lo que se traduce en diagnósticos más precisos, tratamientos más oportunos y una mejor colaboración entre profesionales de la salud, incluso cuando se encuentran en ubicaciones geográficamente dispares. Este nivel de agilidad y capacidad de respuesta resulta invaluable, especialmente en situaciones de emergencia y en la coordinación de equipos médicos multidisciplinarios.

Sin embargo, esta transformación digital trae consigo desafíos significativos. La seguridad de la información médica y la ciberseguridad en los hospitales se han convertido en componentes críticos de la atención médica moderna. La importancia de proteger los datos de los pacientes y mantener la confidencialidad médica no puede subestimarse. Los técnicos en TI desempeñan un papel esencial en la implementación de medidas de seguridad cibernética, la prevención de ataques y la garantía de la continuidad de los servicios médicos en un entorno que cambia constantemente.

2 Objetivos

Exponer los aspectos clave en relación con ciberseguridad 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 gestión efectiva de la ciberseguridad en salud requiere una metodología sólida:

Evaluación de riesgos: Se realiza una evaluación exhaustiva de las vulnerabilidades y amenazas potenciales para identificar áreas de riesgo. Esto incluye identificar los activos críticos, como sistemas de información de pacientes y dispositivos médicos conectados.

Implementación de medidas de seguridad: Se adoptan medidas de seguridad tecnológicas y organizativas, como firewalls, cifrado de datos, autenticación de múltiples factores y capacitación del personal en seguridad cibernética.

Monitoreo continuo: Se establecen sistemas de monitoreo para detectar y responder a amenazas en tiempo real. Esto incluye la identificación de patrones de comportamiento anormal en la red.

Plan de respuesta a incidentes: Se crea un plan detallado para abordar ciberataques si ocurren. Esto incluye la notificación a las autoridades pertinentes y la recuperación de datos.

Los resultados derivados de una estrategia de ciberseguridad efectiva en el ámbito de la salud son esenciales para la seguridad de los pacientes y la continuidad de los servicios médicos:

Protección de datos: Los sistemas de ciberseguridad han demostrado ser altamente efectivos en la protección de datos médicos sensibles contra accesos no autorizados, pérdida de información y robo de datos. Esta protección asegura que los registros médicos y la información personal de los pacientes estén resguardados y se mantengan confidenciales.

Continuidad de la atención médica: La implementación de medidas de seguridad ha permitido mantener la continuidad de los servicios médicos incluso en medio de ataques cibernéticos. Los sistemas críticos de atención médica, como registros médicos electrónicos y sistemas de diagnóstico, están disponibles y funcionando en todo momento, lo que protege la seguridad de los pacientes y asegura que reciban atención sin interrupciones.

Prevención de interrupciones: Las estrategias de ciberseguridad han contribuido significativamente a minimizar las interrupciones en la prestación de servicios médicos causadas por ciberataques. Esto ha sido fundamental para garantizar que los pacientes reciban atención oportuna y continua, sin importar las circunstancias externas.

Cumplimiento normativo: La implementación efectiva de medidas de seguridad

cibernética ha asegurado el cumplimiento de regulaciones y estándares de seguridad cibernética, como el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR) o la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Esto ha evitado sanciones legales y ha protegido la reputación de los hospitales y centros médicos.

En resumen, la ciberseguridad en salud es un pilar fundamental de la atención médica moderna. Los técnicos en tecnologías de la información desempeñan un papel crítico en la protección de datos, la garantía de la continuidad de los servicios y el cumplimiento normativo en un entorno digital en constante evolución. La inversión en ciberseguridad es una inversión en la seguridad de los pacientes y la integridad de la atención médica, asegurando que los datos se mantengan seguros y que los servicios médicos se presten de manera continua y confiable en un mundo digitalmente interconectado y expuesto a riesgos cibernéticos cada vez más complejos

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la ciberseguridad en salud es un componente crítico de la atención médica moderna. Como técnico especialista en tecnologías de la información en un centro hospitalario, es esencial abordar de manera proactiva los desafíos de la ciberseguridad para proteger la integridad de los datos médicos y garantizar la continuidad de la atención médica.

La implementación efectiva de medidas de seguridad cibernética, la evaluación continua de riesgos y la preparación para enfrentar ciberataques son componentes esenciales de una estrategia de ciberseguridad sólida. La ciberseguridad en salud no solo protege la confidencialidad de los pacientes, sino que también salvaguarda la seguridad de los procedimientos médicos y garantiza que los pacientes reciban la atención que merecen en un entorno digital cada vez más complejo y amenazante. La inversión en ciberseguridad es una inversión en la seguridad y el bienestar de los pacientes y en la integridad de la atención médica.

6 Bibliografía

1. "Healthcare Information Technology Exam Guide" de Kathleen A. McCormick.
2. "Healthcare Information Systems" de Karen A. Wager.

Capítulo 560

EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL USUARIO: QUEJAS, SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES

NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ

MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO

FERNANDO REDONDO MORENO

AMANDA CABIEDAS ESPADA

MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ

1 Introducción

La función de un Auxiliar Administrativo en la Atención al Usuario: Quejas, Sugerencias y Reclamaciones, es una posición esencial en cualquier organización, ya que desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de una relación sólida y positiva entre la empresa y sus clientes. Este rol implica una serie de responsabilidades clave que van más allá de la simple gestión de quejas, sugerencias y reclamaciones, porque requiere habilidades de comunicación excepcionales, un profundo conocimiento de los procedimientos internos y una capacidad innata para la empatía y la resolución de problemas.

En la actualidad, la atención al usuario se ha convertido en uno de los pilares más importantes para el éxito de cualquier empresa, independientemente de su

tamaño o industria. Los clientes, cada vez más informados y exigentes, buscan no solo productos o servicios de calidad, sino también una atención al cliente eficaz y satisfactoria. En este contexto, el Auxiliar Administrativo en la Atención al Usuario se encuentra en la primera línea de interacción con los clientes y desempeña un papel crucial en la creación de una impresión duradera y positiva de la empresa.

El manejo de quejas, sugerencias y reclamaciones es una de las tareas más desafiantes y delicadas de este rol. Si bien nadie disfruta escuchar quejas o enfrentar reclamaciones, un Auxiliar Administrativo competente comprende que estas situaciones presentan oportunidades para mejorar y aprender. Además, se necesita una habilidad especial para abordar estas cuestiones de manera profesional y compasiva, buscando soluciones que satisfagan tanto a los clientes como a la empresa.

El trabajo del Auxiliar Administrativo en la Atención al Usuario no se limita únicamente a recibir y resolver problemas. También implica la capacidad de recopilar información valiosa a partir de las quejas y sugerencias de los clientes, que puede ser utilizada para implementar mejoras en los productos, servicios o procesos internos. Esta retroalimentación directa es una herramienta invaluable para el crecimiento y la evolución de la empresa.

En resumen, ser un Auxiliar Administrativo en la Atención al Usuario: Quejas, Sugerencias y Reclamaciones, es una responsabilidad fundamental que combina habilidades de comunicación, empatía y resolución de problemas con un profundo compromiso hacia la satisfacción del cliente y el crecimiento de la empresa. Este rol desempeña un papel esencial en la construcción de relaciones sólidas y duraderas con los clientes y en la mejora continua de la organización. En el mundo empresarial actual, donde la atención al cliente es un factor determinante en el éxito, esta posición es esencial para el logro de los objetivos corporativos y la prosperidad a largo plazo.

2 Metodología

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

3 Resultados

El papel de un auxiliar administrativo en la atención al usuario, especialmente en el manejo de quejas, sugerencias y reclamaciones, es fundamental para garantizar la satisfacción del cliente y la eficiencia de la organización. Aquí te proporciono algunos resultados y consejos clave para desempeñar este rol de manera efectiva:

1. ****Escucha activa****: Uno de los aspectos más importantes es escuchar atentamente las quejas, sugerencias y reclamaciones de los usuarios. Esto implica prestar atención a sus preocupaciones, mostrar empatía y comprensión, y asegurarse de que se sientan escuchados y valorados.
2. ****Registro y documentación****: Es esencial llevar un registro detallado de todas las quejas, sugerencias y reclamaciones recibidas. Esto ayuda a hacer un seguimiento adecuado y a identificar patrones recurrentes que pueden requerir acciones específicas.
3. ****Canalización adecuada****: Asegúrate de que existan canales claros y efectivos para que los usuarios presenten sus quejas, sugerencias y reclamaciones. Esto puede incluir formularios en línea, líneas telefónicas dedicadas o buzones físicos.
4. ****Tiempo de respuesta****: Establece plazos para responder a las quejas y reclamaciones de manera oportuna. Los usuarios apreciarán una respuesta rápida, incluso si la solución completa lleva más tiempo.
5. ****Resolución eficiente****: Trabaja en estrecha colaboración con los departamentos relevantes para resolver los problemas de los usuarios de manera eficiente. Proporciona retroalimentación y seguimiento constante a los usuarios sobre el estado de sus quejas o reclamaciones.
6. ****Comunicación clara****: Asegúrate de que la comunicación con los usuarios sea clara y fácil de entender. Evita el uso de jerga técnica y proporciona información detallada sobre los pasos que se están tomando para abordar su preocupación.
7. ****Capacitación continua****: Mantente actualizado sobre las políticas y procedimientos de la organización para poder brindar respuestas precisas y eficientes a los usuarios. La formación continua te ayudará a mejorar tu desempeño en la atención al cliente.
8. ****Recopilación de datos****: Utiliza la información recopilada de quejas, sugerencias y reclamaciones para identificar áreas de mejora y tomar decisiones basadas en datos.

cias y reclamaciones para identificar áreas de mejora en los procesos y servicios de la organización. Esto puede ayudar a prevenir futuros problemas.

9. ****Mantén la calma y la cortesía****: A veces, los usuarios pueden estar enojados o frustrados. Mantén la calma, muestra cortesía y no tomes críticas de manera personal. Tu actitud profesional puede marcar la diferencia en la resolución de la situación.

10. ****Feedback a la dirección****: Comunica a la dirección de la organización los problemas recurrentes o las áreas que requieren mejoras. Tu retroalimentación puede contribuir a la toma de decisiones estratégicas.

En resumen, un auxiliar administrativo en la atención al usuario desempeña un papel crucial en la gestión de quejas, sugerencias y reclamaciones. La empatía, la eficiencia y la comunicación efectiva son habilidades clave para tener éxito en este rol y contribuir a la satisfacción del cliente y al mejoramiento continuo de la organización.

4 Discusión-Conclusión

En resumen, un auxiliar administrativo en la atención al usuario que se dedica a gestionar quejas, sugerencias y reclamaciones desempeña una función de gran importancia en cualquier organización. Su trabajo es fundamental para mantener la satisfacción de los clientes y para impulsar mejoras continuas en los productos o servicios ofrecidos.

En este rol, la escucha activa es un componente clave. Al prestar atención a las preocupaciones de los usuarios, se establece una base sólida para abordar sus problemas de manera efectiva. Además, la empatía y la cortesía son esenciales para que los usuarios se sientan valorados y escuchados.

La documentación adecuada de todas las interacciones con los usuarios es esencial. Esto no solo proporciona un registro de las quejas y reclamaciones, sino que también permite identificar patrones recurrentes que pueden indicar problemas sistémicos que requieren atención.

La canalización adecuada de las quejas y reclamaciones es igualmente importante. Deben existir canales claros y accesibles para que los usuarios puedan presentar sus inquietudes. Esto puede incluir formularios en línea, líneas telefónicas dedicadas o buzones físicos.

La gestión del tiempo es fundamental para garantizar respuestas oportunas. Aunque la solución completa de una queja o reclamación puede llevar tiempo, los usuarios valorarán una respuesta inicial rápida que les indique que sus inquietudes se están abordando.

La resolución eficiente de problemas implica una colaboración efectiva con otros departamentos o equipos dentro de la organización. La comunicación clara y la capacidad de explicar los pasos tomados para resolver un problema son esenciales para mantener a los usuarios informados y satisfechos.

La capacitación continua es crucial para mantenerse actualizado sobre las políticas y procedimientos de la organización y brindar respuestas precisas a los usuarios. También es importante mantener la calma y la cortesía, incluso en situaciones difíciles.

Además, la recopilación de datos a partir de quejas, sugerencias y reclamaciones puede proporcionar información valiosa para identificar áreas de mejora en los procesos y servicios de la organización, lo que contribuye a una mejora continua.

Finalmente, el auxiliar administrativo en la atención al usuario debe proporcionar retroalimentación a la dirección sobre problemas recurrentes o áreas que requieren mejoras. Esta retroalimentación puede ayudar a la organización a tomar decisiones estratégicas para el beneficio tanto de los usuarios como de la empresa en sí. En última instancia, la satisfacción del cliente y la eficiencia operativa son metas compartidas que se pueden lograr con un enfoque proactivo y profesional en la gestión de quejas, sugerencias y reclamaciones.

5 Bibliografía

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

Capítulo 561

EL SERVICIO DE ALMACÉN DE UN HOSPITAL Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ

MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO

FERNANDO REDONDO MORENO

AMANDA CABIEDAS ESPADA

MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ

1 Introducción

La eficaz administración de un hospital es crucial para proporcionar una atención médica de excelencia a los pacientes. Detrás de cada diagnóstico, tratamiento y procedimiento médico, se encuentra un sistema complejo de soporte que incluye un componente esencial: el servicio de almacén. En este contexto, el auxiliar administrativo emerge como una figura clave para asegurar el funcionamiento sin contratiempos de esta parte vital de un hospital.

En esta introducción, exploraremos la trascendencia del servicio de almacén en el entorno hospitalario y el rol esencial que desempeña el auxiliar administrativo en su operatividad eficiente. Desde la distribución puntual de medicamentos y equipo médico hasta la gestión de inventarios y la coordinación con otros depar-

tamentos, este equipo administrativo se ubica en el centro de la logística hospitalaria, garantizando que los recursos críticos estén disponibles en el momento preciso, lo que a su vez contribuye significativamente a la atención y recuperación de los pacientes.

A lo largo de este texto, ahondaremos en las responsabilidades y desafíos que encara un auxiliar administrativo en el servicio de almacén de un hospital, así como en su papel fundamental en el suministro de servicios médicos de alta calidad. Su labor va más allá de la gestión de existencias; es un pilar fundamental en la misión de brindar atención sanitaria excepcional.

2 Objetivos

1. Garantizar que todos los departamentos y áreas médicas tengan acceso a los suministros necesarios, como medicamentos, material quirúrgico, dispositivos médicos y equipo de protección personal, en el momento adecuado para brindar atención continua a los pacientes.
2. Mantener un inventario eficiente y actualizado para evitar la escasez o el exceso de existencias, lo que podría afectar negativamente las finanzas del hospital y la atención al 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 y bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

El servicio de almacén en un hospital y el auxiliar administrativo desempeñan roles cruciales para garantizar un funcionamiento eficiente de la institución médica. A continuación, se expone información sobre ambos:

Servicio de almacén en un hospital:

1. Gestión de suministros: el servicio de almacén de un hospital se encarga de

la gestión de suministros médicos, farmacéuticos y otros materiales necesarios para la atención de pacientes. Esto incluye medicamentos, equipo médico, ropa de cama, productos de limpieza, etc.

2. Control de inventario: es fundamental llevar un registro preciso del inventario para garantizar que los suministros estén disponibles cuando se necesiten y para evitar el desperdicio o la escasez de recursos críticos.

3. Recepción y distribución: el personal del almacén recibe entregas de suministros, verifica su calidad y cantidad, y luego distribuye estos elementos a las áreas correspondientes del hospital.

4. Gestión de espacio: optimizar el espacio de almacenamiento es importante para garantizar que los productos se almacenen de manera segura y accesible, y para minimizar el desorden.

5. Coordinación con otros departamentos: el servicio de almacén trabaja en estrecha colaboración con otros departamentos, como compras, contabilidad y atención al paciente, para garantizar una gestión eficiente de los recursos y una atención ininterrumpida.

Auxiliar administrativo en un hospital:

1. Gestión de documentación: los auxiliares administrativos en hospitales son responsables de mantener registros y documentos médicos de pacientes de manera precisa y confidencial. Esto incluye historias clínicas, facturación y registros de seguros.

2. Atención al paciente: pueden realizar tareas de recepción, programación de citas, atención telefónica y asistencia a los pacientes en la obtención de información y formularios necesarios.

3. Coordinación de citas y agenda: los auxiliares administrativos ayudan a programar citas médicas, cirugías y procedimientos, asegurándose de que los horarios estén bien coordinados.

4. Facturación y seguros: se encargan de procesar facturas de pacientes y compañías de seguros, verificando la elegibilidad y gestionando reclamaciones.

5. Coordinación interna: trabajan en colaboración con el personal médico y de enfermería, así como con otros departamentos, para garantizar una atención fluida y una comunicación efectiva.

Tanto el servicio de almacén como el auxiliar administrativo son componentes esenciales para el funcionamiento exitoso de un hospital, ya que aseguran que los recursos estén disponibles y que la administración y atención al paciente se realicen de manera eficiente. Ambos roles contribuyen a garantizar que los pacientes reciban la atención médica necesaria en un entorno seguro y organizado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el servicio de almacén en un hospital y el auxiliar administrativo son dos áreas fundamentales que trabajan en conjunto para mantener el funcionamiento eficiente de la institución médica. El servicio de almacén se encarga de la gestión de suministros y recursos esenciales, asegurando que estén disponibles cuando se necesiten y gestionando eficazmente el inventario. Por otro lado, el auxiliar administrativo se enfoca en la documentación, la atención al paciente y la coordinación de citas, contribuyendo a la fluidez de los procesos administrativos y la satisfacción del paciente.

Ambos roles desempeñan una parte crucial en la atención médica y la gestión hospitalaria, garantizando que los pacientes reciban atención de calidad y que los recursos se utilicen de manera eficiente. La colaboración y coordinación entre estos dos departamentos son esenciales para un funcionamiento hospitalario exitoso.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. Operaciones administrativas y documentación sanitaria. Editorial McGrawHill.
<https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/1444img.pdf>
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/empleo/41211056_empleados_administrativos_de_lo_s_servicios_de_almacenamiento_y_recepcion.pdf.

Capítulo 562

EL ROL DEL ASISTENTE ADMINISTRATIVO EN EL CONTEXTO DE LA GINECOLOGÍA

NOEMÍ GARCÍA LÓPEZ

MARIA MERCEDES ALMENDROS DURO

FERNANDO REDONDO MORENO

AMANDA CABIEDAS ESPADA

MARIA SONIA FERNÁNDEZ GÓMEZ

1 Introducción

El rol del asistente administrativo en el contexto de la ginecología es de suma importancia para garantizar el funcionamiento eficiente y efectivo de una clínica, consultorio o centro médico especializado en la atención de la salud de las mujeres. La ginecología, como rama de la medicina que se enfoca en la salud reproductiva y el sistema reproductor femenino, involucra una serie de tareas y responsabilidades administrativas críticas que requieren una gestión precisa y organizada.

El asistente administrativo en el campo de la ginecología desempeña un papel multifacético que abarca desde la recepción de pacientes hasta la gestión de registros médicos, la coordinación de citas y procedimientos, la administración de

recursos financieros, la comunicación efectiva entre el personal médico y los pacientes, y el mantenimiento de la confidencialidad y el cumplimiento de las regulaciones de privacidad de datos médicos.

En primer lugar, la recepción y atención de pacientes son aspectos fundamentales del trabajo del asistente administrativo en una clínica ginecológica. Este profesional es la primera cara que ven las pacientes al llegar, por lo que debe ser amable, comprensivo y capaz de brindar un entorno cálido y acogedor. Además, es esencial llevar un registro preciso de las citas, gestionar los tiempos de espera y responder a las preguntas iniciales de las pacientes.

La gestión de registros médicos es otra tarea crucial. Las historias clínicas de las pacientes ginecológicas deben mantenerse de forma precisa y confidencial. El asistente administrativo debe garantizar que estos registros estén actualizados, organizados y que cumplan con todas las regulaciones de privacidad de datos médicos, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA en inglés).

La coordinación de citas y procedimientos es un componente importante del rol. Esto implica programar exámenes de rutina, consultas médicas y procedimientos ginecológicos, asegurándose de que no haya conflictos de horario y de que las pacientes estén debidamente informadas sobre las preparaciones necesarias para cada procedimiento.

La administración de recursos financieros también es responsabilidad del asistente administrativo. Esto incluye la facturación, la gestión de seguros médicos y la elaboración de presupuestos para la clínica. Una comprensión sólida de los aspectos financieros es esencial para garantizar que la clínica funcione de manera rentable y sostenible.

La comunicación efectiva es esencial en un entorno médico, y el asistente administrativo actúa como un enlace crucial entre el personal médico y las pacientes. Debe ser capaz de transmitir información médica de manera comprensible y empática, respondiendo a las preguntas y preocupaciones de las pacientes de manera profesional y tranquilizadora.

En resumen, el rol del asistente administrativo en el contexto de la ginecología es fundamental para garantizar la eficiencia y el buen funcionamiento de la clínica. Desde la recepción de pacientes hasta la gestión de registros médicos, pasando por la coordinación de citas y la administración financiera, este profesional de-

sempaña una función vital en la atención de la salud de las mujeres y en la promoción de un ambiente de confianza y cuidado en el campo de la ginecología. Su trabajo contribuye significativamente al bienestar de las pacientes y al éxito de la práctica médica.

2 Objetivos

- Describir las responsabilidades y funciones de un asistente administrativo en el área de ginecología.

3 Metodología

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

4 Resultados

El rol del asistente administrativo en el contexto de la ginecología es fundamental para garantizar la eficiencia y la atención de calidad en una clínica o consultorio ginecológico. A continuación, se describen algunas de las responsabilidades y funciones clave de un asistente administrativo en este entorno:

1. Gestión de citas: Los asistentes administrativos programan y coordinan las citas de las pacientes, asegurándose de que se respeten los horarios y se eviten retrasos en la atención médica.
2. Recepción y atención al paciente: Reciben a las pacientes en la clínica, las registran y les brindan una atención cordial. También responden a preguntas básicas y proporcionan información sobre los servicios ofrecidos.
3. Registro médico y documentación: Mantienen registros precisos de las pacientes y actualizan la información en las historias clínicas electrónicas o en papel, garantizando la confidencialidad y la precisión de la información.
4. Facturación y gestión de seguros: Procesan las reclamaciones de seguros médicos, verifican la elegibilidad del paciente y se aseguran de que los pagos se reali-

cen correctamente.

5. Coordinación de procedimientos y pruebas: Ayudan en la coordinación de procedimientos médicos y pruebas de laboratorio, asegurándose de que los pacientes estén informados y preparados adecuadamente.

6. Gestión de suministros y equipo: Mantienen un inventario de suministros médicos y equipo de oficina, y se encargan de reabastecerlos según sea necesario.

7. Comunicación interna y externa: Sirven como enlace entre el personal médico, el personal de enfermería y las pacientes, transmitiendo mensajes importantes y asegurando una comunicación fluida en la clínica.

8. Resolución de problemas: Los asistentes administrativos pueden ayudar a abordar problemas o preocupaciones de las pacientes y, en ocasiones, brindar apoyo emocional y comprensión.

9. Manejo de la confidencialidad: Dado que trabajan con información médica sensible, es crucial que los asistentes administrativos en ginecología respeten las regulaciones de privacidad y confidencialidad, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés).

10. Mantenimiento de registros financieros: Llevan un registro de los pagos de las pacientes, gestionan la facturación y ayudan a mantener los registros financieros actualizados.

En resumen, el asistente administrativo en el contexto de la ginecología juega un papel esencial para garantizar una atención médica eficiente y de calidad. Su capacidad para coordinar citas, mantener registros precisos, gestionar la comunicación y brindar apoyo administrativo general contribuye significativamente al funcionamiento efectivo de una clínica o consultorio ginecológico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el rol del asistente administrativo en el contexto de la ginecología desempeña una función crucial en el funcionamiento eficiente y eficaz de clínicas y consultorios ginecológicos. Su trabajo abarca una amplia gama de responsabilidades que son esenciales para garantizar que las pacientes reciban la atención médica necesaria y de calidad, al tiempo que se mantiene un entorno de trabajo organizado y eficiente.

La gestión de citas es una de las tareas principales de estos profesionales, ya que aseguran que las pacientes sean atendidas puntualmente y que los horarios se optimicen. Además, su recepción y atención al paciente son vitales para crear un ambiente acogedor y cómodo, lo que puede ayudar a aliviar la ansiedad y mejorar la experiencia del paciente.

La precisión en la documentación y el mantenimiento de registros médicos es esencial para garantizar la continuidad de la atención y para cumplir con las regulaciones de privacidad de la información médica. Esto incluye la gestión de la facturación y los seguros, lo que implica la coordinación de reclamaciones y pagos para garantizar que las pacientes reciban la cobertura adecuada.

Además, los asistentes administrativos en ginecología colaboran en la coordinación de procedimientos y pruebas, asegurando que las pacientes estén bien informadas y preparadas para cualquier intervención. Su capacidad para manejar suministros y equipo es vital para mantener el flujo de trabajo eficiente y garantizar que los recursos necesarios estén disponibles cuando se requieran.

La comunicación efectiva es otra habilidad crucial, ya que estos profesionales actúan como enlaces entre el personal médico, el personal de enfermería y las pacientes, asegurándose de que la información fluya sin problemas y de que las necesidades de las pacientes sean atendidas.

6 Bibliografía

1. "Ginecología y Obstetricia Básica" de Carlos G. Musso y José M. Zapico.
2. "Ginecología de Novak" de Jonathan S. Berek.
3. "Ginecología y Obstetricia" de Williams.
4. "Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción" de Santiago Dexeus.
5. "Manual Washington de Ginecología y Obstetricia" de Susan M. Dambro y Thomas M. De Fer.
6. "Ginecología de Consultorio" de Günter Bagg.
7. "Atlas de Anatomía Ginecológica" de Pierre N. F. Blandin y René J. T. De Lee.
8. "Ginecología de Williams" de Bárbara L. Hoffman, John O. Schorge y Karen D. Bradshaw.

Capítulo 563

INTOXICACIÓN POR DIGITÁLICOS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

PILAR BARQUERO LINDO

PAULA MORENO CIVANTOS

BÁRBARA TRANCOSO FERNÁNDEZ

PILAR MOYA MARTÍNEZ

GLORIA MARIA COLLADO IZQUIERDO

1 Introducción

La intoxicación por digitálicos es una condición médica grave que requiere una atención inmediata y especializada en el entorno de urgencias hospitalarias. Los digitálicos son un grupo de medicamentos utilizados comúnmente para tratar afecciones cardíacas, como la insuficiencia cardíaca congestiva y las arritmias cardíacas. Sin embargo, su estrecha ventana terapéutica los hace propensos a causar intoxicación si se administran en dosis inadecuadas o si se produce una acumulación excesiva en el organismo.

En el ámbito de la enfermería, la atención a pacientes con intoxicación por digitálicos es fundamental para garantizar una evaluación rápida y un tratamiento efectivo. La enfermería desempeña un papel crucial en la identificación de los

síntomas de la intoxicación, la monitorización constante de signos vitales y la administración de cuidados de apoyo esenciales.

Esta situación clínica exige un conocimiento profundo de los digitálicos, sus efectos en el cuerpo y las estrategias de intervención necesarias para estabilizar al paciente. En esta introducción, exploraremos los aspectos más destacados de la intoxicación por digitálicos en el entorno de urgencias hospitalarias y la crucial actuación de enfermería en la atención a estos pacientes. Desde la evaluación inicial hasta la colaboración con otros profesionales de la salud, las enfermeras y enfermeros desempeñan un papel esencial en la mejora del pronóstico de aquellos que se encuentran en esta situación de emergencia médica. A lo largo de esta discusión, abordaremos las acciones clave que los profesionales de enfermería deben llevar a cabo para garantizar una atención óptima y una recuperación exitosa en casos de intoxicación por digitálicos.

2 Objetivos

Conocer la actuación de enfermería ante la intoxicación por digitálicos.

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 intoxicación por digitálicos se refiere a la ingestión o exposición excesiva a medicamentos que contienen digitoxina o digoxina, que son sustancias utilizadas para tratar afecciones cardíacas como la insuficiencia cardíaca congestiva y ciertas arritmias cardíacas. Estos medicamentos son conocidos por tener un estrecho margen terapéutico, lo que significa que la diferencia entre una dosis eficaz y una dosis tóxica es pequeña, por lo que es importante abordar adecuadamente las intoxicaciones por digitálicos en el entorno de urgencias hospitalarias. La actuación de enfermería es esencial en el manejo de estos casos. A continuación, se describen algunos aspectos clave:

1. Evaluación inicial:

- Realizar una evaluación rápida del paciente, incluyendo la toma de signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, respiración, temperatura).
- Obtener una historia clínica detallada, incluyendo la cantidad y el momento de la ingestión o exposición a digitálicos.

2. Monitorización continua:

- Monitorizar de forma continua el ritmo cardíaco y el electrocardiograma (ECG) para detectar arritmias cardíacas potencialmente mortales, como la fibrilación ventricular.
- Controlar los niveles séricos de digitoxina o digoxina, si es posible.

3. Tratamiento de soporte:

- Administrar oxígeno si es necesario para mantener la saturación de oxígeno adecuada.
- Mantener una vía intravenosa para la administración de fluidos y medicamentos.
- Controlar los desequilibrios electrolíticos, especialmente los niveles de potasio y calcio, ya que los digitálicos pueden afectar a estos electrolitos.
- Corregir cualquier bradicardia sintomática con atropina u otros medicamentos según las indicaciones médicas.

4. Antídoto específico:

- En casos graves de intoxicación por digitálicos, se puede administrar un antídoto específico llamado anticuerpo antidigoxina (ovine-derived digoxin-specific Fab). Este antídoto se une a la digoxina en el cuerpo y ayuda a eliminarla del sistema.

5. Desintoxicación:

- En algunos casos, se puede realizar una desintoxicación gastrointestinal mediante la administración de carbón activado para reducir la absorción de digitálicos en el tracto gastrointestinal.
- En casos graves, la diuresis forzada o la hemodiálisis pueden ser consideradas para eliminar el medicamento del cuerpo.

6. Educación del paciente:

- Proporcionar educación al paciente y a la familia sobre la importancia de seguir las pautas de tratamiento y tomar la medicación como se le indique.
- Advertir sobre los posibles síntomas de toxicidad y cuándo buscar atención médica de emergencia.

Es esencial que la enfermería trabaje en estrecha colaboración con el equipo

médico para garantizar una atención integral y segura a los pacientes con intoxicación por digitálicos en el entorno de urgencias hospitalarias. La actuación rápida y precisa puede ser crucial para la recuperación del paciente y la prevención de complicaciones graves.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la intoxicación por digitálicos es una condición médica seria que requiere una respuesta rápida y efectiva en el entorno de urgencias hospitalarias. La actuación de enfermería desempeña un papel fundamental en la atención de pacientes afectados por esta intoxicación, ya que su trabajo contribuye significativamente a la monitorización constante, la administración de tratamientos de soporte y la colaboración con el equipo médico para garantizar el mejor cuidado posible.

La evaluación inicial cuidadosa del paciente, incluyendo la recopilación de información sobre la exposición a digitálicos y la evaluación de los signos vitales, es esencial para determinar el grado de toxicidad y tomar decisiones adecuadas de tratamiento. La monitorización continua del ritmo cardíaco y el ECG es crucial para detectar y abordar de inmediato las arritmias potencialmente mortales que pueden surgir debido a la intoxicación.

El tratamiento de soporte, que incluye la administración de oxígeno, la corrección de desequilibrios electrolíticos y la gestión de la bradicardia, es vital para mantener la estabilidad del paciente y prevenir complicaciones graves. En casos graves, la administración del antídoto específico, el anticuerpo antidigoxina, puede ser necesaria para acelerar la eliminación del digitálico del organismo.

Además, la enfermería desempeña un papel crucial en la educación del paciente y su familia. Proporcionar información sobre la importancia de seguir las pautas de tratamiento y tomar la medicación como se indica, así como advertir sobre los síntomas de toxicidad y cuándo buscar atención médica de emergencia, contribuye a la prevención de futuras intoxicaciones y mejora el autocuidado del paciente.

En resumen, la intoxicación por digitálicos es una emergencia médica que requiere una respuesta multidisciplinaria y coordinada en urgencias hospitalarias. La actuación de enfermería desempeña un papel esencial en la atención de estos pacientes, ayudando a estabilizarlos, administrar tratamientos y educar tanto al

paciente como a su familia para garantizar una recuperación segura y efectiva. La pronta acción y la colaboración entre el personal médico y de enfermería son fundamentales para el éxito en el manejo de estos casos críticos.

6 Bibliografía

1. "Intoxicación por digitálicos" en la revista Emergencias, número 33, año 2021.
2. "Manejo de las intoxicaciones por digitálicos en el servicio de urgencias" de Francisco Javier Martín-Sánchez, publicado en la revista Medicina Intensiva, volumen 37, número 2, en el año 2013.
3. "Intoxicación por digitálicos: experiencia clínica en un hospital de tercer nivel" de Jessica Torres-Noriega y otros, publicado en la revista Medicina Interna de México, volumen 30, número 6, en el año 2014.
4. "Tratamiento de la intoxicación digitálica en pacientes críticos" de Álvaro Castellanos-González y otros, publicado en la revista Medicina Intensiva, volumen 38, número 1, en el año 2014.

Capítulo 564

ESCALA DE COMA DE GLASGOW ANTE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y VALORACIÓN ENFERMERA

PILAR BARQUERO LINDO

PAULA MORENO CIVANTOS

BÁRBARA TRANCOSO FERNÁNDEZ

PILAR MOYA MARTÍNEZ

GLORIA MARIA COLLADO IZQUIERDO

1 Introducción

La Escala de Coma de Glasgow (ECG) es una herramienta fundamental en la valoración y el seguimiento de pacientes que han sufrido un traumatismo craneoencefálico (TCE), una lesión cerebral traumática que puede tener consecuencias graves para la salud y la calidad de vida de un individuo. La enfermería desempeña un papel crucial en la evaluación y el cuidado de estos pacientes, ya que una detección temprana de cambios en el estado neurológico puede marcar la diferencia en la atención y el pronóstico.

El traumatismo craneoencefálico es una condición médica que se produce cuando se produce un impacto en la cabeza, lo que puede causar daño tanto al cráneo

como al cerebro. Las causas de estos traumatismos son variadas, desde accidentes de tráfico y caídas hasta lesiones deportivas y agresiones. Independientemente de la causa, la ECG se ha convertido en una herramienta esencial para evaluar la función cerebral y determinar el grado de compromiso neurológico en pacientes con TCE.

La Escala de Coma de Glasgow, desarrollada por el doctor Graham Teasdale y el doctor Bryan Jennett en 1974 en el Hospital Southern General de Glasgow, Escocia, se ha convertido en un estándar de oro para la valoración inicial y la monitorización continua de pacientes con TCE. Esta escala evalúa tres aspectos fundamentales de la función cerebral: apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora. Cada uno de estos aspectos se puntúa en función de la capacidad del paciente para llevar a cabo estas acciones de manera espontánea o en respuesta a estímulos.

La apertura ocular se valora en una escala de 1 a 4, donde 1 representa una ausencia de apertura ocular y 4 corresponde a una apertura ocular espontánea. La respuesta verbal se puntúa de 1 a 5, con 1 indicando ausencia de respuesta verbal y 5 reflejando una respuesta coherente y orientada en el tiempo y el espacio. Por último, la respuesta motora se puntúa de 1 a 6, desde una falta de respuesta motora hasta una respuesta motora específica a estímulos.

La suma de estos tres valores da como resultado la puntuación total en la ECG, que puede variar entre 3 y 15 puntos. Una puntuación baja indica un estado de coma profundo o una función cerebral muy comprometida, mientras que una puntuación alta sugiere un estado de conciencia y una función cerebral más preservada.

La valoración de la ECG por parte de los profesionales de enfermería implica una evaluación constante de la respuesta del paciente a estímulos y la documentación de cualquier cambio en su estado neurológico. Esto no solo ayuda en la toma de decisiones clínicas, sino que también proporciona una base sólida para la comunicación efectiva entre los miembros del equipo de atención médica.

En resumen, la Escala de Coma de Glasgow es una herramienta esencial en la valoración y el seguimiento de pacientes con traumatismo craneoencefálico. Los enfermeros y enfermeras desempeñan un papel crucial en la aplicación de esta escala y en la detección temprana de cambios en el estado neurológico, lo que puede marcar la diferencia en el tratamiento y el pronóstico de estos pacientes. La atención y la observación meticulosa por parte de los profesionales de enfermería

son fundamentales para garantizar la mejor atención posible a aquellos que han sufrido lesiones cerebrales traumáticas.

2 Objetivos

Dar a conocer la utilidad de la escala de coma de Glasgow ante un TCE.

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 ECG es una herramienta utilizada para evaluar el estado de conciencia de un paciente que ha sufrido un TCE y es ampliamente utilizada por profesionales de la salud, incluyendo enfermeras. La ECG se utiliza para determinar la gravedad de la lesión cerebral y guiar el tratamiento y la atención del paciente. Consiste en evaluar tres componentes principales:

1. Apertura de ojos (A): Se asigna una puntuación de 1 a 4 según la respuesta del paciente.

- 4 puntos: El paciente abre los ojos espontáneamente.
- 3 puntos: El paciente abre los ojos en respuesta a un estímulo verbal.
- 2 puntos: El paciente abre los ojos en respuesta a estímulos táctiles.
- 1 punto: El paciente no abre los ojos.

2. Respuesta verbal (V): Se asigna una puntuación de 1 a 5 según la respuesta del paciente.

- 5 puntos: El paciente está orientado y responde adecuadamente a las preguntas.
- 4 puntos: El paciente responde de manera inapropiada pero de forma coherente.
- 3 puntos: El paciente emite palabras incomprensibles.
- 2 puntos: El paciente emite sonidos ininteligibles.
- 1 punto: El paciente no emite sonido alguno.

3. Respuesta motora (M): Se asigna una puntuación de 1 a 6 según la respuesta del paciente.

- 6 puntos: El paciente obedece órdenes verbales.
- 5 puntos: El paciente localiza y retira una fuente de estímulo doloroso (por ejemplo, un pellizco).
- 4 puntos: El paciente flexiona el brazo en respuesta al estímulo doloroso.
- 3 puntos: El paciente flexiona la pierna en respuesta al estímulo doloroso.
- 2 puntos: El paciente presenta extensión anormal en respuesta al estímulo doloroso.
- 1 punto: El paciente no responde a estímulos motores.

La puntuación total en la ECG puede variar de 3 (la puntuación más baja) a 15 (la puntuación más alta). Una puntuación baja en la ECG indica un estado de coma más profundo y una lesión cerebral más grave.

La valoración de la ECG por parte de enfermeras en pacientes con traumatismo craneoencefálico es fundamental para evaluar la respuesta del paciente a los estímulos, detectar cambios en el estado de conciencia y comunicar la información relevante al equipo médico. Además, las enfermeras también pueden realizar otras evaluaciones y cuidados, como el control de la presión intracraneal, el monitoreo de signos vitales, la administración de medicamentos y la prevención de complicaciones asociadas al TCE.

Es importante destacar que la ECG es una herramienta valiosa, pero no debe utilizarse de forma aislada. La evaluación completa de un paciente con traumatismo craneoencefálico incluye una historia clínica detallada, estudios de imagen como la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM), y otras evaluaciones clínicas para determinar el alcance de la lesión y guiar el tratamiento adecuado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la ECG desempeña un papel crucial en la valoración de pacientes con TCE y es una herramienta esencial utilizada por enfermeras y otros profesionales de la salud en la atención de estos pacientes. La ECG proporciona una evaluación rápida y cuantitativa del estado de conciencia del paciente, lo que ayuda a determinar la gravedad de la lesión cerebral y guía las decisiones de tratamiento y cuidado.

La ECG evalúa tres componentes principales: la apertura de ojos, la respuesta verbal y la respuesta motora, y asigna una puntuación total que varía de 3 a 15. Una puntuación baja indica un estado de coma más profundo y una lesión cerebral más grave. Esta información es vital para la toma de decisiones clínicas, como la necesidad de intervenciones quirúrgicas, el monitoreo de la presión intracraneal y la administración de medicamentos.

Sin embargo, es fundamental comprender que la ECG es solo una parte de la evaluación completa de un paciente con TCE. Los pacientes con TCE pueden tener otras lesiones o afecciones médicas concurrentes que también deben ser evaluadas y tratadas. Por lo tanto, la ECG debe ser utilizada en conjunto con una historia clínica detallada, estudios de imagen como la TC o la RM, así como otras evaluaciones clínicas.

Además, el papel de las enfermeras en la valoración de pacientes con TCE va más allá de la aplicación de la ECG. Las enfermeras desempeñan un rol crucial en el monitoreo constante de signos vitales, la administración de medicamentos, la prevención de complicaciones, el apoyo emocional a los pacientes y sus familias, y la coordinación del cuidado interdisciplinario. Su experiencia y atención son fundamentales para optimizar los resultados de los pacientes con TCE.

En resumen, la ECG es una herramienta esencial para la valoración inicial y el seguimiento de pacientes con TCE, pero debe ser utilizada en conjunto con otras evaluaciones clínicas y recursos diagnósticos para brindar una atención integral y efectiva a estos pacientes. La colaboración interdisciplinaria entre médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud es esencial para proporcionar el mejor cuidado posible a quienes han sufrido un traumatismo craneoencefálico.

6 Bibliografía

1. "Medicina de Urgencias y Emergencias" de Juan González Armengol y Santiago Nogué-Xarau.
2. "Traumatismo Craneoencefálico: Guía Clínica" de Sociedad Española de Neurocirugía.
3. "Neurocirugía Clínica para Médicos Generales" de José Piquer Belloch y M^a Isabel García-Pérez.
4. "Emergencias en Traumatismos Craneoencefálicos Graves" de Andrés M. Rubiano, et al.

5. "Escala de Coma de Glasgow: Consideraciones de Aplicación Clínica" de Juan José Egea-Guerrero, et al.
6. "Evaluación y Manejo del Traumatismo Craneoencefálico en el Servicio de Urgencias" de César Jiménez-Mejías, et al.

Capítulo 565

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PRE Y POSTOPERATORIOS DE LA INTERVENCIÓN DE CATARATAS

PILAR BARQUERO LINDO

PAULA MORENO CIVANTOS

BÁRBARA TRANCOSO FERNÁNDEZ

PILAR MOYA MARTÍNEZ

GLORIA MARIA COLLADO IZQUIERDO

1 Introducción

La cirugía de cataratas es una de las intervenciones oftalmológicas más comunes en todo el mundo, y su éxito depende en gran medida de una atención médica integral que abarca tanto los cuidados preoperatorios como los postoperatorios. En este contexto, el papel de la enfermería desempeña un papel crucial y multifacético, ya que los enfermeros y enfermeras son esenciales para garantizar que los pacientes reciban una atención de alta calidad en todas las etapas de este proceso quirúrgico.

Los cuidados preoperatorios en la cirugía de cataratas son fundamentales para asegurar la seguridad y el bienestar del paciente. Antes de la intervención, los

enfermeros tienen la responsabilidad de evaluar el estado de salud del paciente, identificar posibles comorbilidades o factores de riesgo, y brindar información detallada sobre el procedimiento quirúrgico y las expectativas postoperatorias. Esta comunicación efectiva es esencial para reducir la ansiedad y aumentar la confianza del paciente, lo que a su vez contribuye a un mejor resultado quirúrgico.

Además, durante esta fase, los enfermeros también deben preparar al paciente para la cirugía, lo que incluye la administración de medicamentos preanestésicos, la verificación de alergias y la confirmación de que se hayan seguido las pautas de ayuno. Garantizar que el paciente esté en las condiciones adecuadas para la cirugía es crucial para minimizar el riesgo de complicaciones durante el procedimiento.

Una vez completada la cirugía de cataratas, la atención de enfermería no termina. Los cuidados postoperatorios son igualmente importantes, ya que se centran en la prevención de infecciones, la gestión del dolor y la promoción de una recuperación óptima. Los enfermeros deben estar atentos a cualquier signo de complicación, como aumento de la presión intraocular o infecciones, y tomar medidas inmediatas para abordar estos problemas.

La administración de medicamentos postoperatorios, el monitoreo de la función ocular y la educación continua del paciente sobre las precauciones y los cuidados en el hogar son componentes esenciales de esta fase. Los enfermeros también desempeñan un papel vital al proporcionar apoyo emocional a los pacientes, quienes a menudo pueden experimentar ansiedad o preocupación después de la cirugía.

2 Objetivos

- Describir el papel de la enfermería en los cuidados pre y postoperatorios de la intervención de cataratas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 la enfermería en los cuidados pre y postoperatorios de la intervención de cataratas es fundamental para garantizar la seguridad y comodidad del paciente. Aquí te proporcionaré algunos de los principales aspectos a considerar en cada etapa:

****Cuidados Preoperatorios:****

La enfermera realiza una evaluación exhaustiva del paciente para identificar cualquier problema de salud preexistente, alergias a medicamentos y otros factores que puedan influir en el procedimiento. Es importante proporcionar información detallada al paciente sobre la cirugía de cataratas, el procedimiento, las expectativas postoperatorias y las precauciones que debe tomar antes de la cirugía. Esto incluye instrucciones sobre el ayuno antes de la cirugía.

La enfermera ayuda al paciente a prepararse para la cirugía, lo que puede incluir la administración de medicamentos preoperatorios, la colocación de gotas oftálmicas y la preparación psicológica. Muchos pacientes pueden sentir ansiedad antes de la cirugía. La enfermera desempeña un papel importante al proporcionar apoyo emocional y responder a las preguntas y preocupaciones del paciente.

****Cuidados Postoperatorios:****

Después de la cirugía, la enfermera monitorea de cerca al paciente para detectar signos de complicaciones, como infecciones, hemorragias o aumento de la presión intraocular. Esto puede requerir mediciones frecuentes de la presión ocular. La enfermera es responsable de administrar medicamentos recetados, como gotas oftálmicas, para reducir la inflamación y prevenir infecciones. También puede ser necesario administrar analgésicos para el control del dolor.

Se proporcionan al paciente instrucciones detalladas sobre cómo cuidar sus ojos después de la cirugía, incluido el uso de gafas de sol, restricciones de actividades físicas y cómo aplicar las gotas oculares de manera adecuada. La enfermera continúa educando al paciente sobre lo que puede esperar en las semanas siguientes a la cirugía, incluyendo la adaptación a las nuevas lentes intraoculares y la importancia de las visitas de seguimiento.

La cirugía de cataratas puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, ya que mejora la visión. La enfermera brinda apoyo emocional para ayudar al paciente a adaptarse a los cambios en su visión y estilo de vida.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel de la enfermería en los cuidados pre y postoperatorios de la intervención de cataratas es un componente crítico en el proceso de atención al paciente. Las enfermeras desempeñan un papel multifacético que abarca desde la preparación y educación del paciente antes de la cirugía hasta la vigilancia y el apoyo continuo después de la misma. Su función es fundamental para garantizar que los pacientes estén bien informados, físicamente preparados y emocionalmente respaldados en todo momento.

Durante la etapa preoperatoria, las enfermeras se centran en evaluar el estado de salud del paciente, brindar información detallada, preparar físicamente al paciente y ofrecer apoyo emocional para aliviar la ansiedad. Este enfoque en la preparación contribuye en gran medida al éxito de la cirugía y la satisfacción del paciente.

En la fase postoperatoria, las enfermeras asumen la responsabilidad de la monitorización constante, la administración de medicamentos y la educación continua. Su capacidad para detectar y abordar posibles complicaciones tempranas es crucial para prevenir problemas graves y garantizar una recuperación exitosa. Además, el apoyo emocional que proporcionan ayuda a los pacientes a sobrellevar los cambios en su visión y adaptarse a su nueva realidad visual.

En última instancia, el compromiso y la competencia de las enfermeras en el manejo de los cuidados pre y postoperatorios de la cirugía de cataratas contribuyen significativamente a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a garantizar que obtengan los máximos beneficios de este procedimiento oftalmológico. Su papel es un ejemplo destacado de la importancia de la atención integral en la salud y el bienestar de los individuos.

6 Bibliografía

1. "Cuidados de Enfermería en la Cirugía de Cataratas" de Javier Tomás Ortuño Martínez.

2. "Enfermería en Cirugía Ocular" de María Carmen Hueso-Montoro y Mariano Villarejo-Ortega.
3. "Oftalmología para Enfermería" de Luisa Valero Espadas.
4. "Guía de Enfermería en Oftalmología" de María del Carmen Gómez Córdoba.

Capítulo 566

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

MARIA RAMIREZ BUITRAGO

MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ BUITRAGO

VIOLETA CARRETERO RODRIGUEZ-REY

FE SERRANO DE LA CRUZ JIMENEZ

ÁNGELA GÓMEZ DEL MORAL RODRÍGUEZ-BOBADA

1 Introducción

La anatomía patológica es una especialidad médica que se enfoca en el estudio de las alteraciones y enfermedades que afectan a los tejidos y células del cuerpo humano. Los profesionales de la anatomía patológica, conocidos como anatomopatólogos, desempeñan un papel crucial en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de diversas enfermedades.

El proceso de anatomía patológica implica el análisis minucioso de muestras de tejidos, células y órganos, obtenidas a través de biopsias o autopsias. Los anatomopatólogos utilizan técnicas avanzadas de microscopía y tecnología molecular para identificar y caracterizar las anomalías presentes en estas muestras. Esta especialidad médica es esencial en el diagnóstico de enfermedades como el cáncer, ya que permite determinar el tipo de tumor, su grado de agresividad y su

extensión en el cuerpo. Además, desempeña un papel clave en la identificación de infecciones, trastornos autoinmunitarios y enfermedades degenerativas.

La anatomía patológica también contribuye a la investigación médica, ya que los anatomopatólogos participan en estudios clínicos y proyectos de investigación para comprender mejor las bases patológicas de las enfermedades y desarrollar nuevas terapias. Además, realizan autopsias para investigar las causas de muertes inexplicadas y aportar información valiosa sobre la salud pública y la epidemiología de las enfermedades.

La anatomía patológica desempeña un papel fundamental en la medicina al proporcionar diagnósticos precisos, apoyar la investigación médica y contribuir al conocimiento y tratamiento de una amplia variedad de enfermedades y trastornos. Los anatomopatólogos son expertos en identificar y comprender las alteraciones celulares y tisulares que subyacen a las enfermedades humanas.

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 papel del celador en el servicio de anatomía patológica es fundamental para garantizar el flujo eficiente de trabajo y la atención de los pacientes. A pesar de que los celadores pueden no estar directamente involucrados en el diagnóstico patológico, desempeñan varias funciones clave en este entorno especializado:

- Transporte de muestras: Los celadores son responsables de transportar las muestras de tejido y biopsias de manera segura desde las áreas de recolección, como quirófanos y consultorios médicos, hasta el laboratorio de anatomía patológica. Esto asegura que las muestras lleguen en condiciones adecuadas para el análisis.

- Etiquetado y registro: Los celadores deben etiquetar correctamente todas las muestras, registrando información importante como el nombre del paciente, el médico solicitante y la fecha. Un etiquetado preciso es esencial para evitar errores y confusiones en el proceso.
- Manejo de suministros: Mantienen el inventario de suministros esenciales en el laboratorio de anatomía patológica. Esto incluye la reposición de material de empaque, productos químicos y suministros de laboratorio utilizados para el procesamiento de muestras.
- Limpieza y mantenimiento: Los celadores se encargan de mantener el área de trabajo limpia y ordenada, lo que es crucial para el funcionamiento eficiente del laboratorio. Esto incluye la eliminación segura de desechos biológicos y la desinfección de equipos y superficies.
- Colaboración con el personal técnico: Trabajan en estrecha colaboración con el personal técnico y los anatomopatólogos para asegurarse de que las muestras se manejen correctamente. Esto implica seguir protocolos específicos para garantizar la integridad de las muestras y el respeto a las normativas de seguridad.
- Confidencialidad y empatía: Los celadores deben mantener la confidencialidad de la información médica y ser empáticos con los pacientes y sus familias, ya que a veces pueden estar pasando por situaciones emocionalmente difíciles, como el diagnóstico de cáncer.

La labor del celador en el servicio de anatomía patológica es esencial para que los procesos funcionen sin problemas y para asegurar que las muestras se manejen de manera adecuada y se entreguen a los anatomopatólogos de manera oportuna. Su contribución es valiosa para la atención de pacientes y la investigación médica en el diagnóstico de enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

Para un mejor funcionamiento del servicio de anatomía patológica, el celador puede implementar las siguientes recomendaciones:

En primer lugar, la comunicación efectiva es fundamental. Mantener una comunicación abierta y fluida con el personal de laboratorio, anatomopatólogos y otros miembros del equipo es esencial. Esto garantiza que las muestras se manejen y se transporten de manera eficiente, y que cualquier problema o necesidad se aborde de inmediato.

En segundo lugar, la organización es clave. Mantener un registro detallado de las muestras, fechas de entrega y recopilar información precisa en el etiquetado de las muestras ayuda a evitar confusiones y errores. Además, mantener un área de

trabajo limpio y ordenada mejora la seguridad y eficiencia.

Finalmente, el celador debe mostrar empatía y comprensión hacia los pacientes y sus familias. En situaciones de enfermedad y diagnóstico, la calidez humana es reconfortante y contribuye a una experiencia más positiva. Siguiendo estas recomendaciones, el celador puede desempeñar un papel esencial en el funcionamiento eficiente del servicio de anatomía patológica y en la atención de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Kierszenbaum, A. L., & Tres, L. (Eds.). (2020). Histología y biología celular: introducción a la anatomía patológica. Elsevier Health Sciences.

Capítulo 567

EL CELADOR DE PLANTA

PEDRO FRANCISCO MOLINA ARMERO

1 Introducción

El trabajo del celador de planta en un entorno hospitalario tiene un gran valor, desempeñando un papel esencial en el mantenimiento de las instalaciones médicas y ofreciendo apoyo necesario tanto a los pacientes como al personal médico.

Un aspecto decisivo de su labor es controlar el acceso a las áreas del hospital, garantizando que solo personas autorizadas puedan entrar en áreas específicas. Esto tiene un efecto directo en la protección de los pacientes y el personal del hospital.

Además, los celadores ejercen un papel crucial en la movilización de pacientes, ofreciéndoles asistencia a los pacientes para caminar o utilizando equipos como camillas y sillas de ruedas, su contribución es esencial, especialmente para aquellos pacientes con limitaciones de movilidad.

El reparto de suministros y equipos médicos en diversas partes del hospital es otra labor crucial que llevan a cabo. Aseguran que se cuente con los recursos necesarios en el momento oportuno, contribuyendo a la eficiencia en la atención médica.

Conservar la limpieza y el orden en las instalaciones también es una obligación que tienen que cumplir, incluyendo la correcta disposición de los desechos médicos, lo que es propio para mantener un entorno seguro y sanitario.

En situaciones de emergencia, como códigos de emergencia o evacuaciones, los celadores desempeñan un papel importante al garantizar la evacuación segura y correcta de los pacientes, colaborando en la respuesta a la emergencia.

Además, ofrecen apoyo a los familiares de los pacientes, proporcionándoles información y acompañándolos a las áreas pertinentes del hospital, lo que puede resultar reconfortante en momentos de incertidumbre.

2 Objetivos

Dentro de los objetivos encontramos:

- Identificar la figura del celador de planta.
- Conocer las funciones que debe de realizar el celador de planta.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador de planta en un hospital tiene un rol vital para asegurar el buen funcionamiento de las instalaciones y garantizar la comodidad de los pacientes y el apoyo al personal médico. Sus tareas son muchas y variadas, su objetivo es mantener un ambiente hospitalario seguro y organizado.

Una de las principales funciones del celador de planta es vigilar el acceso a las áreas del hospital, priorizando que solo las personas autorizadas entren en las zonas restringidas. Esto es fundamental para garantizar la seguridad de los pacientes y del personal.

Además, se encargan de trasladar a los pacientes dentro del hospital, ya sea ayudándoles a caminar o utilizando camillas y sillas de ruedas. Esta labor es especialmente valiosa para aquellos pacientes que tienen dificultades de movilidad.

Los celadores también desempeñan un papel importante en la distribución de suministros y equipos médicos en todo el hospital, asegurándose de que estén disponibles cuando se necesitan.

Mantener la limpieza y el orden en las instalaciones es también su tarea. Esto incluye la limpieza de áreas comunes y la eliminación segura de desechos médicos.

En situaciones de emergencia, los celadores deben encargarse de evacuar a los pacientes de manera segura y colaborar en la respuesta a la emergencia. Además, deben encargarse de apoyar a los familiares de los pacientes, proporcionándoles información y acompañándolos a las áreas pertinentes del hospital. Esto puede ser de gran ayuda en momentos de incertidumbre. En resumen, el celador de planta es un pilar fundamental en el entorno hospitalario, asegurando la seguridad, el orden y la eficiencia en las instalaciones. Su labor es contribuir al bienestar de los pacientes y al funcionamiento efectivo del hospital en su conjunto. Su actitud debe ser amable y su disposición a ayudar son propias en un entorno médico a menudo complejo.

5 Discusión-Conclusión

El celador de planta tiene una función muy importante en un hospital. Su tarea alcanzará una amplia gama de funciones que van a facilitar el funcionamiento eficaz de las instalaciones y el bienestar de todos los pacientes.

Estos profesionales van a ser esenciales para que se mantenga la seguridad, vigilando el acceso a áreas restringidas y participando en situaciones de emergencia. También desempeñan un papel importante en la movilización de pacientes, asegurando que sean trasladados de manera segura y cómoda. Además, su control logístico va a asegurar que los suministros y equipos médicos vayan a estar disponibles cuando se necesiten.

Su control de mantener una limpieza y un orden en las instalaciones, junto con su disposición a ofrecer información y orientación a los familiares de los pacientes, creará un ambiente hospitalario más seguro y acogedor.

6 Bibliografía

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

Capítulo 568

ACTUACIONES DEL CELADOR EN EL CENTRO DE SALUD DE PRIMARIA

MARIA RAMIREZ BUITRAGO

MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ BUITRAGO

VIOLETA CARRETERO RODRIGUEZ-REY

ÁNGELA GÓMEZ DEL MORAL RODRÍGUEZ-BOBADA

FE SERRANO DE LA CRUZ JIMENEZ

1 Introducción

Un centro de salud de atención primaria, también conocido como centro de salud de primer nivel o centro de atención primaria, es una instalación médica esencial en el sistema de atención médica que se enfoca en la prevención, el tratamiento y la gestión de una amplia variedad de condiciones médicas en su etapa inicial. Estos centros son generalmente la primera línea de contacto para los pacientes con el sistema de atención médica y tienen un enfoque holístico en la salud de las personas y las comunidades.

Las funciones clave de un centro de salud de atención primaria incluyen:

Atención Preventiva: Proporcionar servicios de prevención, como vacunación, exámenes de detección y consejos de salud, para evitar enfermedades y promover el bienestar.

Cuidado Integral: Ofrecer atención médica integral que abarca una amplia gama de servicios, desde atención pediátrica hasta atención para adultos y personas mayores.

Gestión de Enfermedades Crónicas: Ayudar a los pacientes en el manejo de enfermedades crónicas, como la diabetes o la hipertensión, para mantener su salud y prevenir complicaciones.

Atención Aguda: Tratar enfermedades y lesiones agudas, proporcionando diagnóstico y tratamiento temprano.

Referencias y Coordinación: Coordinar la atención de los pacientes con especialistas y hospitales cuando sea necesario, asegurando una atención continua y de calidad.

Atención Comunitaria: Promover la salud en la comunidad a través de programas educativos y campañas de salud pública.

Atención Integral de la Familia: Atender a las necesidades de salud de las familias en su conjunto, enfocándose en la prevención y la promoción de la salud en todas las edades.

Accesibilidad y Atención Continua: Proporcionar atención accesible y continua a lo largo del tiempo, permitiendo a los pacientes establecer una relación de confianza con sus proveedores de atención médica.

Los centros de salud de atención primaria desempeñan un papel crítico en el sistema de atención médica al actuar como un punto de entrada asequible y accesible para las comunidades. Su enfoque en la atención preventiva y la atención temprana de enfermedades contribuye a mejorar la salud de la población y a reducir la carga de enfermedades en general. Además, su coordinación con otros niveles de atención médica asegura que los pacientes reciban el cuidado adecuado y oportuno, lo que es esencial para la eficacia y la eficiencia del sistema de atención médica.

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

Un centro de salud de atención primaria, también conocido como centro de salud de primer nivel o centro de atención primaria, es una instalación médica esencial en el sistema de atención médica que se enfoca en la prevención, el tratamiento y la gestión de una amplia variedad de condiciones médicas en su etapa inicial. Estos centros son generalmente la primera línea de contacto para los pacientes con el sistema de atención médica y tienen un enfoque holístico en la salud de las personas y las comunidades.

Las funciones clave de un centro de salud de atención primaria incluyen:

Atención Preventiva: Proporcionar servicios de prevención, como vacunación, exámenes de detección y consejos de salud, para evitar enfermedades y promover el bienestar.

Cuidado Integral: Ofrecer atención médica integral que abarca una amplia gama de servicios, desde atención pediátrica hasta atención para adultos y personas mayores.

Gestión de Enfermedades Crónicas: Ayudar a los pacientes en el manejo de enfermedades crónicas, como la diabetes o la hipertensión, para mantener su salud y prevenir complicaciones.

Atención Aguda: Tratar enfermedades y lesiones agudas, proporcionando diagnóstico y tratamiento temprano.

Referencias y Coordinación: Coordinar la atención de los pacientes con especialistas y hospitales cuando sea necesario, asegurando una atención continua y de calidad.

Atención Comunitaria: Promover la salud en la comunidad a través de programas educativos y campañas de salud pública.

Atención Integral de la Familia: Atender a las necesidades de salud de las familias en su conjunto, enfocándose en la prevención y la promoción de la salud en todas las edades.

Accesibilidad y Atención Continua: Proporcionar atención accesible y continua a lo largo del tiempo, permitiendo a los pacientes establecer una relación de confianza con sus proveedores de atención médica.

Los centros de salud de atención primaria desempeñan un papel crítico en el sistema de atención médica al actuar como un punto de entrada asequible y accesible para las comunidades. Su enfoque en la atención preventiva y la atención temprana de enfermedades contribuye a mejorar la salud de la población y a reducir la carga de enfermedades en general. Además, su coordinación con otros niveles de atención médica asegura que los pacientes reciban el cuidado adecuado y oportuno, lo que es esencial para la eficacia y la eficiencia del sistema de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento del centro de salud de atención primaria, es fundamental que los celadores sigan ciertas recomendaciones clave. En primer lugar, la atención al paciente debe ser siempre prioridad. Mantener un enfoque amable y respetuoso al guiar a los pacientes, brindar apoyo emocional y ofrecer una ayuda amable en sus necesidades de movilidad contribuye a un ambiente de atención positivo.

Además, la comunicación efectiva con el personal médico y de enfermería es esencial. Coordinar y colaborar en el flujo de pacientes y la distribución de suministros garantiza una atención médica eficiente. La limpieza y el mantenimiento de áreas comunes también son cruciales para la prevención de infecciones. Los celadores deben seguir las normas de higiene y seguridad para mantener un entorno limpio y seguro para pacientes y personal. Estas prácticas contribuyen a un centro de salud de atención primaria que brinda atención de calidad y comodidad a quienes buscan atención médica.

6 Bibliografía

Máñez Manzaneque, I. (2022). Generación de empatía a través del montaje: Campaña de comunicación de la atención primaria del departamento de salud de

Xàtiva-Ontinyent (Doctoral dissertation, Universitat Politècnica de València).

Capítulo 569

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE

MARIA RAMIREZ BUITRAGO

FE SERRANO DE LA CRUZ JIMENEZ

ÁNGELA GÓMEZ DEL MORAL RODRÍGUEZ-BOBADA

VIOLETA CARRETERO RODRIGUEZ-REY

MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ BUITRAGO

1 Introducción

La quimioterapia adyuvante es un enfoque terapéutico crucial en el tratamiento del cáncer, especialmente después de la cirugía o radioterapia. Su objetivo principal es eliminar células cancerosas que podrían haber quedado en el cuerpo después de la extirpación del tumor primario. Este tipo de tratamiento se utiliza para reducir el riesgo de recurrencia del cáncer y mejorar las tasas de supervivencia. La quimioterapia adyuvante se basa en la administración de fármacos citotóxicos que viajan por todo el sistema circulatorio, atacando las células cancerosas restantes. Se administra en ciclos, generalmente durante un período de varias semanas o meses. La elección de los medicamentos y la duración del tratamiento dependen del tipo de cáncer y su etapa, así como de factores individuales del paciente.

A pesar de sus beneficios, la quimioterapia adyuvante puede estar asociada con efectos secundarios, como fatiga, náuseas, pérdida de cabello y problemas en la

médula ósea. Sin embargo, estos efectos suelen ser temporales y controlables. Es importante que el paciente y su equipo médico discutan los riesgos y beneficios de este tratamiento, considerando el tipo de cáncer, la salud general del paciente y sus preferencias.

La quimioterapia adyuvante desempeña un papel vital en la prevención de la recurrencia del cáncer y la mejora de las tasas de supervivencia al eliminar células cancerosas residuales después de la cirugía o la radioterapia. La elección de este tratamiento se basa en la evaluación individualizada de cada paciente y la naturaleza de la enfermedad.

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 celador en el contexto de la quimioterapia adyuvante desempeña un papel esencial para garantizar el bienestar de los pacientes y el funcionamiento seguro de las instalaciones médicas. Aunque el celador es más comúnmente asociado con la atención en hospitales y centros de salud, su contribución en el ámbito de la quimioterapia adyuvante es de gran importancia. Aquí se describen sus funciones clave:

Preparación del Área de Quimioterapia: El celador se encarga de asegurarse de que el área de tratamiento esté limpia, organizada y equipada con todo lo necesario. Esto incluye la preparación de la sala, verificación de la disponibilidad de medicamentos y suministros, y asegurarse de que las sillas o camillas estén listas para los pacientes.

Asistencia a los Pacientes: Los celadores son a menudo los primeros en recibir a los pacientes. Proporcionan apoyo emocional y asisten a los pacientes a sus asientos. También pueden ayudar a conectar dispositivos médicos y asegurarse de que los pacientes estén cómodos durante el tratamiento.

Manejo de Equipamiento: El celador puede ser responsable de la operación y mantenimiento de equipos utilizados durante la quimioterapia, como bombas de infusión, monitores y sistemas de control de temperatura.

Coordinación con el Personal de Enfermería: Trabaja en estrecha colaboración con los enfermeros y enfermeras para garantizar la administración correcta de la quimioterapia. Esto incluye la preparación de medicamentos, la recogida de suministros y la comunicación constante con el equipo de atención médica.

Seguridad: Vigila a los pacientes para detectar cualquier reacción adversa o efectos secundarios durante la administración de la quimioterapia y notifica de inmediato al personal médico si surgen problemas.

Control de Acceso: Asegura que solo el personal autorizado y los pacientes tengan acceso al área de quimioterapia, manteniendo la confidencialidad de la información del paciente.

Limpieza y Desinfección: Después de cada sesión de tratamiento, el celador se encarga de la limpieza y desinfección de las áreas, equipos y utensilios utilizados, contribuyendo a la prevención de infecciones.

El celador desempeña un rol fundamental en el proceso de quimioterapia adyuvante, garantizando la comodidad y seguridad de los pacientes, la eficiencia en la administración de tratamientos y el mantenimiento de un entorno limpio y ordenado. Su labor contribuye en gran medida a la calidad de la atención y al bienestar de los pacientes oncológicos.

5 Discusión-Conclusión

Para optimizar el tratamiento de quimioterapia adyuvante y asegurar la comodidad y seguridad de los pacientes, es esencial que los celadores sigan algunas recomendaciones clave. En primer lugar, la empatía y el apoyo emocional son fundamentales. Los pacientes que reciben quimioterapia a menudo atraviesan momentos emocionales difíciles, y un trato amable y comprensivo por parte del celador puede marcar una gran diferencia. Escuchar sus preocupaciones y necesidades es crucial para su bienestar.

Además, la atención meticulosa a los detalles es esencial. Los celadores deben seguir rigurosamente los protocolos de seguridad y procedimientos para la administración de la quimioterapia, verificando que los medicamentos y equipos

sean correctos y estén en condiciones óptimas. La comunicación efectiva con el personal médico y la notificación inmediata de cualquier reacción adversa son prácticas esenciales para garantizar la seguridad de los pacientes. En conjunto, estas recomendaciones permiten que el tratamiento de quimioterapia adyuvante sea más efectivo y que los pacientes se sientan apoyados en todo momento.

6 Bibliografía

Jeldres, M., Amarillo, D., Lorenzo, F., Garcia, F., & Cuello, M. (2021). Patogenia y tratamiento de la mucositis asociada al tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 6(1), 4-13.

Capítulo 570

ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA SEMIBLANDA PARA EL PACIENTE

DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ

GEORGETA MIORITA BALAS

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

1 Introducción

Una dieta hospitalaria semiblanda es una prescripción dietética que se utiliza en entornos médicos, como hospitales, para proporcionar alimentos de textura intermedia a los pacientes que necesitan una opción de fácil digestión, pero que requieren más variedad y opciones que una dieta blanda total. Esta dieta se adapta a una amplia gama de pacientes, desde aquellos que se están recuperando de cirugías o procedimientos médicos hasta personas con afecciones médicas que requieren una dieta de textura suave.

Características clave de una dieta hospitalaria semiblanda:

Textura Intermedia: La dieta semiblanda permite alimentos de textura intermedia, lo que significa que se pueden incluir alimentos más suaves, como purés y alimentos cocidos, así como algunos alimentos de textura más sólida.

Facilita la Mastigación y Deglución: Esta dieta es adecuada para pacientes que pueden masticar y tragar con cierta facilidad, pero que necesitan evitar alimentos duros o difíciles de digerir.

Variedad Nutricional: La dieta semiblanda proporciona una variedad nutricional más amplia en comparación con una dieta blanda total, lo que es beneficioso para pacientes que necesitan una dieta más equilibrada.

Alimentos Permitidos: Incluye alimentos como carnes tiernas, pescado, verduras cocidas, arroz, fideos, purés de frutas y productos lácteos.

Restricciones: A pesar de permitir una gama más amplia de alimentos, se evitan alimentos duros o difíciles de digerir, como carnes rojas duras y alimentos crujientes.

Personalización: La dieta semiblanda puede adaptarse a las necesidades nutricionales individuales de los pacientes, por lo que el personal médico y de dietética juega un papel fundamental en su prescripción y supervisión.

La dieta hospitalaria semiblanda es versátil y proporciona una opción intermedia para pacientes que necesitan una dieta más variada y que pueden tolerar una mayor variedad de alimentos en comparación con una dieta blanda total. Su prescripción y seguimiento se realizan bajo la supervisión del personal médico y de dietética, lo que garantiza que se ajuste a las necesidades específicas de cada paciente.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del pinche de cocina en relación con las dietas semiblandas.

3 Metodología

Para 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 hospitalaria semiblanda es de gran importancia para asegurar que los pacientes reciban comidas adecuadas a sus necesidades nutricionales y de textura. Aquí se describen en detalle las funciones clave del pinche de cocina en la preparación de esta dieta especial:

Conocimiento de las Restricciones y Directrices Dietéticas: El pinche de cocina debe comprender a la perfección las restricciones y las directrices de una dieta semiblanda. Esto incluye conocer la textura permitida de los alimentos y las restricciones específicas, como evitar alimentos duros o crujientes.

Selección de Ingredientes Apropriados: El pinche de cocina es responsable de elegir ingredientes que sean coherentes con una dieta semiblanda, lo que puede incluir carnes tiernas, pescado, verduras cocidas, arroz, fideos, purés de frutas y productos lácteos. Además, debe preparar estos ingredientes de manera higiénica y segura.

Control de Textura y Consistencia: Asegurarse de que la textura y la consistencia de los alimentos sean adecuadas es esencial. Esto puede incluir la preparación de carnes tiernas y verduras cocidas que sean fáciles de masticar y tragar.

Creatividad en la Cocina: A pesar de las restricciones, el pinche de cocina puede ser creativo al dar sabor a las comidas. Esto implica la utilización de hierbas, especias y condimentos para mejorar el sabor de los platillos y garantizar que sean apetitosos.

Control de Porciones y Presentación Atractiva: El pinche de cocina debe medir y controlar las porciones de alimentos, lo que es fundamental para cumplir con las pautas dietéticas específicas de cada paciente. Además, es importante presentar las comidas de manera atractiva visualmente, lo que 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, lo que es especialmente crítico en entornos hospitalarios.

Colaboración con el Personal de Dietética: Mantener una comunicación constante con el personal de dietética y el personal médico es clave para adaptar

las comidas a las necesidades nutricionales específicas de cada paciente y garantizar que se cumplan las restricciones dietéticas.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar una correcta elaboración de la dieta semiblanda para los pacientes, los pinches de cocina pueden seguir las recomendaciones que se han expuesto en este capítulo.

En conjunto, estas recomendaciones ayudarán al pinche de cocina a proporcionar comidas semiblandas que sean equilibradas, saludables y apetitosas, contribuyendo al bienestar y la satisfacción de los pacientes en proceso de recuperación. La colaboración estrecha con el personal de dietética y el personal médico es esencial para garantizar que las comidas se ajusten a las necesidades nutricionales específicas de cada paciente en recuperación.

La contribución del pinche de cocina es esencial para garantizar que los pacientes que requieren una dieta semiblanda hospitalaria reciban comidas equilibradas, 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 fundamental para asegurarse de que las comidas sean adecuadas para las necesidades nutricionales específicas de cada paciente en 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 571

ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA DE PROTECCIÓN HEPÁTICA

DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ

GEORGETA MIORITA BALAS

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

1 Introducción

Una dieta hospitalaria de protección hepática es una prescripción dietética diseñada para pacientes que tienen afecciones hepáticas, como la enfermedad del hígado graso, la hepatitis o la cirrosis. El propósito principal de esta dieta es reducir la carga de trabajo del hígado y minimizar la acumulación de toxinas en el cuerpo. Aquí se presentan las características clave de esta dieta:

Limitación de Grasas: La dieta de protección hepática restringe la ingesta de grasas, especialmente grasas saturadas y trans, para evitar la sobrecarga del hígado. Esto implica reducir alimentos fritos, procesados y ricos en grasa.

Control de Proteínas: Se ajusta la cantidad de proteínas para evitar la acumulación de amoníaco en el cuerpo, un subproducto tóxico del metabolismo proteico. Se prefieren proteínas magras y de alta calidad, como las que se encuentran en el pescado y el pollo.

Consumo de Carbohidratos Complejos: Los carbohidratos complejos, como granos enteros y verduras, se fomentan en lugar de carbohidratos refinados para

mantener estables los niveles de azúcar en sangre y reducir el estrés en el hígado.

Control de Sodio: La restricción de sodio es común en esta dieta para prevenir la retención de líquidos y la hinchazón, lo que es especialmente importante para pacientes con cirrosis hepática.

Hidratación Controlada: La cantidad de líquidos puede variar según la gravedad de la afección hepática. Algunos pacientes pueden necesitar una restricción estricta, mientras que otros pueden permitirse un consumo moderado.

Vitaminas y Minerales: Los suplementos de vitaminas y minerales pueden ser necesarios para prevenir deficiencias nutricionales, ya que la absorción de nutrientes puede verse afectada por problemas hepáticos.

La dieta de protección hepática es prescrita por el personal médico y de dietética, y su supervisión es esencial. La adaptación de la dieta se basa en las necesidades individuales del paciente y la gravedad de la enfermedad hepática. El cumplimiento de las restricciones dietéticas y la elección de alimentos saludables son cruciales para proteger el hígado y promover la recuperación.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del pinche de cocina en relación con las dietas de protección hepática.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha 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 función del pinche de cocina en la elaboración de una dieta de protección hepática para pacientes ingresados es de gran importancia para asegurar que las comidas sean seguras, saludables y adecuadas para las necesidades específicas de los pacientes con afecciones hepáticas. Aquí se describen las funciones clave que desempeña el pinche de cocina en esta tarea:

Conocimiento de las Restricciones Dietéticas: El pinche de cocina debe comprender a fondo las restricciones de una dieta de protección hepática, que incluyen la limitación de grasas, proteínas y sodio. Este conocimiento es fundamental para garantizar que las comidas sean adecuadas para las necesidades del paciente.

Selección de Ingredientes Apropriados: El pinche de cocina es responsable de elegir ingredientes que cumplan con las restricciones dietéticas, lo que puede incluir proteínas magras, alimentos bajos en grasa, carbohidratos complejos y verduras frescas. Además, debe preparar estos ingredientes de manera higiénica y segura.

Control de Sabor y Sazón: A pesar de las restricciones, es importante que las comidas sean sabrosas. El pinche de cocina puede utilizar hierbas, especias y condimentos con moderación para realzar el sabor de los platillos y hacer que las comidas sean más apetitosas.

Control de Porciones: El pinche de cocina debe medir y controlar las porciones de alimentos para asegurarse de que se cumplan las pautas dietéticas específicas de cada paciente. Esto es esencial para controlar la ingesta de nutrientes y evitar la sobrecarga del hígado.

Higiene y Seguridad Alimentaria: El cumplimiento de protocolos estrictos de higiene y seguridad alimentaria es esencial para prevenir la contaminación cruzada y garantizar la seguridad de los alimentos, especialmente en entornos hospitalarios.

Presentación Atractiva: A pesar de las restricciones, el pinche de cocina debe esforzarse por presentar los platillos de manera visualmente atractiva. Una presentación cuidadosa puede mejorar la satisfacción del paciente y estimular su apetito.

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.

El pinche de cocina desempeña un papel crucial en la elaboración de dietas de protección hepática, ya que su conocimiento y habilidades culinarias son esenciales para adaptar las comidas a las restricciones dietéticas específicas de los pacientes. La colaboración estrecha con el personal de dietética y el personal médico garantiza que las comidas sean adecuadas para las necesidades nutricionales individuales de cada paciente y contribuyen a la protección y recuperación del hígado.

5 Discusión-Conclusión

Para garantizar una correcta elaboración de una dieta de protección hepática, 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 dietéticas específicas de cada paciente y asegura que las comidas se adapten de manera precisa.

Además, la creatividad en la cocina desempeña un papel importante. A pesar de las restricciones, el uso de hierbas y especias con moderación puede mejorar el sabor de los platillos y hacer que las comidas sean más apetitosas. La presentación visualmente atractiva de los alimentos, a pesar de las limitaciones, puede aumentar la satisfacción del paciente y estimular su apetito.

La educación continua sobre las restricciones dietéticas y las técnicas culinarias específicas es esencial para mantener un repertorio de recetas sabrosas y saludables que cumplan con las restricciones nutricionales de los pacientes. Estas recomendaciones ayudarán al pinche de cocina a proporcionar comidas que sean equilibradas, sabrosas y adaptadas a las necesidades hepáticas de los pacientes, contribuyendo a su bienestar y a la protección del hígado.

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 572

ACTUACIÓN DEL PINCHE DE COCINA EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA CELIACA

DAVID MARTÍNEZ MARTÍNEZ

GEORGETA MIORITA BALAS

ALEJANDRO MARÍN FERNANDEZ

1 Introducción

Una dieta hospitalaria sin gluten es esencial para pacientes que padecen enfermedad celíaca o sensibilidad al gluten no celíaca. El gluten es una proteína presente en el trigo, la cebada y el centeno que puede causar una reacción inmunitaria dañina en estas personas. La dieta sin gluten implica eliminar por completo el gluten de la alimentación. Aquí se describen las características principales de esta dieta hospitalaria:

Eliminación de Gluten: La premisa básica de esta dieta es evitar todos los alimentos y productos que contengan gluten. Esto incluye pan, productos horneados, pastas, cereales, cerveza y cualquier alimento que utilice trigo, cebada o centeno como ingrediente.

Sustitutos sin Gluten: Para reemplazar los alimentos que contienen gluten, se utilizan ingredientes sin gluten, como harina de arroz, maíz, quinua y patatas. También hay productos sin gluten disponibles comercialmente.

Ingesta de Alimentos Naturales: La dieta sin gluten promueve la ingesta de alimentos naturales y sin procesar, como frutas, verduras, carnes magras, pescado, legumbres y lácteos no contaminados.

Cuidado con la Contaminación Cruzada: Es fundamental prevenir la contaminación cruzada al manipular alimentos y utensilios de cocina para evitar cualquier rastro de gluten.

Supervisión Médica: La dieta sin gluten se prescribe y supervisa bajo la orientación de un profesional de la salud, ya que incluso pequeñas cantidades de gluten pueden desencadenar síntomas en pacientes con enfermedad celíaca.

La dieta sin gluten en entornos hospitalarios es crítica para garantizar que los pacientes con enfermedad celíaca o sensibilidad al gluten no sufran daños debido a la exposición al gluten. El personal de cocina debe estar bien informado sobre la importancia de evitar el gluten y ser capaz de identificar alimentos seguros y elaborar comidas sin gluten de manera segura. La colaboración estrecha con el personal médico y de dietética es esencial para garantizar el cumplimiento de esta dieta y el bienestar del paciente.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del pinche de cocina en relación con las dietas para pacientes celiacos.

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 una dieta sin gluten para pacientes ingresados es crucial para asegurar que las comidas sean seguras y adecuadas para aquellos que padecen enfermedad celíaca o sensibilidad al gluten no

celíaca. Aquí se describen las funciones clave del pinche de cocina en esta tarea:

Conocimiento de las Restricciones Dietéticas: El pinche de cocina debe tener un profundo entendimiento de las restricciones de una dieta sin gluten. Esto incluye reconocer qué alimentos y productos contienen gluten y cuáles son seguros para su inclusión en las comidas.

Eliminación de Fuentes de Gluten: Es esencial asegurarse de que no haya rastros de gluten en las comidas. Esto implica evitar la contaminación cruzada al manipular alimentos y utensilios de cocina. Se deben utilizar superficies limpias y utensilios separados para la preparación de alimentos sin gluten.

Uso de Ingredientes y Sustitutos sin Gluten: El pinche de cocina debe seleccionar cuidadosamente ingredientes y sustitutos sin gluten, como harina de arroz, maíz o quinua, para reemplazar los productos con gluten. Esto garantiza que las comidas sean seguras y apetitosas.

Control de Etiquetado de Alimentos: Verificar las etiquetas de los alimentos es fundamental. Muchos productos envasados incluyen información sobre la presencia de gluten, y el pinche de cocina debe entender cómo leer y aplicar esta información.

Educación y Comunicación: El personal de cocina debe estar en constante comunicación con el personal de dietética y, en algunos casos, con el paciente, para entender las necesidades dietéticas específicas y proporcionar comidas sin gluten que sean seguras y satisfactorias.

Creatividad en la Cocina: A pesar de las restricciones, el pinche de cocina puede ser creativo al utilizar hierbas, especias y otros condimentos para realzar el sabor de las comidas sin gluten. La presentación atractiva de los alimentos también es importante para estimular el apetito del paciente.

Supervisión y Control: La supervisión constante de la preparación y la manipulación de alimentos es esencial para evitar la contaminación cruzada y garantizar la seguridad de las comidas sin gluten.

La colaboración cercana con el personal médico y de dietética es clave para asegurarse de que las comidas se ajusten a las necesidades específicas de cada paciente con restricciones dietéticas de gluten. El conocimiento, la atención meticulosa y la comunicación efectiva son fundamentales para proporcionar comidas seguras y deliciosas a los pacientes ingresados con necesidades de dieta sin gluten.

5 Discusión-Conclusión

Para asegurar una correcta elaboración de una dieta sin gluten para pacientes hospitalizados, el pinche de cocina debe seguir recomendaciones clave. En primer lugar, es esencial mantener una cocina libre de contaminación cruzada. Esto implica utilizar utensilios, superficies y recipientes separados para preparar alimentos sin gluten, y asegurarse de que todo esté limpio y libre de rastros de gluten.

Además, es importante adquirir un conocimiento sólido de las fuentes de gluten y de los ingredientes sin gluten disponibles en el mercado. Esto permitirá la selección adecuada de sustitutos y la creación de comidas sabrosas. La comunicación con el personal de dietética y los pacientes es esencial para comprender las restricciones específicas de cada caso y garantizar que las comidas sean seguras y satisfactorias. La educación continua sobre las necesidades dietéticas sin gluten y las técnicas de cocina es esencial para proporcionar comidas que sean equilibradas y deliciosas, contribuyendo al bienestar y al cumplimiento 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 573

EL PINCHE DE COCINA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS) EN ENTORNOS HOSPITALARIOS

MARÍA ANGELES CHAPARRO LIMONCHE

JAVIER MARTINEZ VALIENTE

PATRICIA ROJAS MORENO

AGUSTÍN MIGUEL ACERO DORADOR

1 Introducción

La prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) es un aspecto crítico en la gestión de la atención médica en entornos hospitalarios. Estas infecciones, también conocidas como infecciones nosocomiales, son un problema global que afecta a millones de pacientes en todo el mundo y plantea desafíos significativos para la seguridad y la calidad de la atención médica. Uno de los elementos clave en la prevención de IAAS es el papel fundamental desempeñado por el personal de cocina en hospitales, comúnmente conocido como el "pinche de cocina".

El pinche de cocina en un entorno hospitalario tiene una responsabilidad crucial en la seguridad alimentaria y la prevención de infecciones. Aunque a menudo pasa desapercibido en comparación con el personal médico y de enfermería, su contribución no debe subestimarse. El suministro de alimentos seguros y saludables es esencial para la recuperación de los pacientes y la prevención de IAAS, ya que una dieta adecuada es un componente fundamental en el proceso de curación y rehabilitación.

La relación entre la cocina hospitalaria y la prevención de IAAS es fundamental en la atención integral de los pacientes. Cada año, millones de personas ingresan a hospitales en todo el mundo debido a diversas afecciones médicas, y su vulnerabilidad a las infecciones se incrementa significativamente debido a la enfermedad subyacente, la cirugía, la inmunosupresión y otros factores. Por lo tanto, garantizar que los alimentos que se les sirven sean seguros y nutritivos es esencial para minimizar el riesgo de IAAS y apoyar la recuperación.

El pinche de cocina es el enlace entre la nutrición y la prevención de infecciones en un entorno hospitalario. Su labor no se limita únicamente a la preparación de comidas deliciosas, sino que también implica una comprensión profunda de las prácticas de seguridad alimentaria, la gestión de alérgenos, la prevención de contaminación cruzada y el cumplimiento de regulaciones sanitarias estrictas. Además, debe adaptarse a las necesidades dietéticas específicas de los pacientes, lo que incluye la preparación de alimentos para aquellos con dietas especiales o restricciones médicas.

2 Objetivos

Describir los aspectos básicos a tener en cuenta por el pinche de cocina en relación con la prevención de infecciones en la cocina hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

La prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) en entornos hospitalarios es de suma importancia para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal médico. El pinche de cocina, al igual que todo el personal que trabaja en un hospital, desempeña un papel crucial en la prevención de IAAS. Aunque su papel principal no sea el de brindar atención médica directa, sus acciones pueden contribuir significativamente a mantener un entorno limpio y seguro. Aquí hay algunos resultados relevantes relacionados con el papel del personal de cocina en la prevención de IAAS:

El manejo adecuado de los alimentos es esencial para prevenir la contaminación de alimentos y, por lo tanto, la propagación de patógenos. La manipulación segura de alimentos, incluido el lavado de manos, el uso de guantes y la correcta refrigeración, es una parte fundamental del trabajo del personal de cocina. Esto ayuda a evitar la ingestión de alimentos contaminados que podrían llevar a infecciones en pacientes ya debilitados.

La prevención de la contaminación cruzada, evitando la mezcla de alimentos crudos y cocidos, es otro aspecto crucial. Este proceso requiere conciencia constante y prácticas sólidas de higiene para evitar que patógenos dañinos se propaguen a través de los alimentos.

Además, la limpieza y desinfección regulares de las áreas de cocina, utensilios y equipos son esenciales para prevenir IAAS. Las superficies contaminadas pueden servir como puntos de partida para la propagación de gérmenes, por lo que mantener un entorno de cocina limpio y seguro es de máxima importancia.

El manejo adecuado de los desechos también es crucial para evitar la proliferación de bacterias y mantener un entorno de trabajo higiénico. La eliminación adecuada de los alimentos no utilizados y los desechos de cocina contribuye a un ambiente más saludable.

La colaboración interdisciplinaria es esencial en un entorno hospitalario. El personal de cocina debe trabajar estrechamente con el personal médico y de enfermería para garantizar que se sigan las mejores prácticas en la prevención de infecciones. La comunicación efectiva y la cooperación son clave para mantener un ambiente hospitalario seguro.

Finalmente, la formación y capacitación adecuadas son fundamentales. El personal de cocina debe recibir una formación sólida en higiene alimentaria y prác-

ticas seguras de manipulación de alimentos. Esto les permite estar bien preparados para prevenir IAAS y garantizar la seguridad de todos los involucrados en la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el papel del personal de cocina en la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) en entornos hospitalarios es de suma importancia. Aunque su función principal pueda parecer distante de la atención médica directa, su influencia en la seguridad y bienestar de los pacientes y el personal médico es innegable.

En resumen, el personal de cocina desempeña un papel esencial en la prevención de IAAS en entornos hospitalarios al garantizar la seguridad alimentaria, la higiene y la limpieza en las áreas de cocina. Su compromiso y esfuerzo contribuyen de manera significativa a mantener un ambiente hospitalario seguro y saludable para pacientes y personal médico.

6 Bibliografía

1. "Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud" - Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España.
2. "Guía de Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud" - Organización Panamericana de la Salud.
3. "Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria" - Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
4. "Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria: Guía de Buenas Prácticas para la Prevención de Infecciones Nosocomiales" - Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
5. "Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria" - Organización Mundial de la Salud (OMS).
6. "Manual de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias" - Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.

Capítulo 574

EL PINCHE DE COCINA EN LA COCINA PEDIÁTRICA: CÓMO GARANTIZAR LA NUTRICIÓN Y LA SEGURIDAD DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS

MARÍA ANGELES CHAPARRO LIMONCHE

JAVIER MARTINEZ VALIENTE

PATRICIA ROJAS MORENO

AGUSTÍN MIGUEL ACERO DORADOR

1 Introducción

La cocina pediátrica es un ámbito de vital importancia en el contexto hospitalario, donde los pequeños pacientes requieren una atención especializada no solo en términos médicos, sino también en lo que respecta a su nutrición y seguridad alimentaria. En este sentido, el papel del pinche de cocina en la cocina pediátrica se vuelve esencial, ya que es el encargado de garantizar que los alimentos que se preparan y sirven a los niños hospitalizados cumplan con los más altos estándares de calidad, seguridad y, sobre todo, con los requisitos nutricionales específicos de esta población tan vulnerable.

La cocina pediátrica es un ámbito altamente especializado que se enfoca en atender las necesidades nutricionales de los niños desde recién nacidos hasta adolescentes, que requieren una alimentación adecuada para su desarrollo físico y emocional, así como para la recuperación de enfermedades y procedimientos médicos. En este contexto, los pinches de cocina desempeñan un papel crucial al ser los responsables de preparar y supervisar los alimentos que se sirven en las unidades pediátricas de los hospitales.

Este desafiante rol implica mucho más que simplemente seguir recetas y técnicas culinarias estándar. Los pinches de cocina en la cocina pediátrica deben estar completamente comprometidos con la seguridad alimentaria, la calidad nutricional y la satisfacción del paciente. Esto implica trabajar en estrecha colaboración con el equipo médico, los nutricionistas y otros profesionales de la salud para adaptar las dietas y los menús a las necesidades individuales de cada niño. Además, deben estar al tanto de las alergias alimentarias, las restricciones dietéticas, las preferencias personales y las restricciones médicas de cada paciente, lo que hace que su trabajo sea altamente personalizado y desafiante.

La seguridad de los niños hospitalizados es otra preocupación primordial en la cocina pediátrica. Los pinches de cocina deben seguir protocolos estrictos de higiene y manipulación de alimentos para prevenir la contaminación cruzada y garantizar que los alimentos sean seguros para su consumo. Además, deben estar preparados para actuar con rapidez y eficacia en caso de emergencias alimentarias o necesidades dietéticas urgentes.

En este contexto, este artículo explorará a fondo el papel esencial del pinche de cocina en la cocina pediátrica hospitalaria. Abordaremos los desafíos específicos que enfrentan, como la adaptación de menús a las necesidades médicas de los pacientes, la importancia de la seguridad alimentaria, y la colaboración interdisciplinaria que requieren para brindar una atención integral y de alta calidad a los niños hospitalizados. Además, examinaremos cómo la nutrición adecuada desempeña un papel crucial en la recuperación de los niños enfermos y cómo los pinches de cocina pueden contribuir a mejorar la experiencia de estos pequeños pacientes durante su estadía en el hospital. Por último, destacaremos la importancia de la formación continua y el compromiso con la excelencia en el ámbito de la cocina pediátrica hospitalaria.

2 Objetivos

1. Comprender el rol del pinche de cocina en la cocina pediátrica, promoviendo la nutrición óptima de los pacientes pediátricos

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado 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 nutrición y la seguridad son dos aspectos fundamentales en la atención médica de los niños hospitalizados. Los niños que requieren hospitalización a menudo enfrentan desafíos adicionales en su alimentación debido a sus condiciones médicas y la necesidad de mantener un entorno seguro durante su estadía en el hospital. Para abordar estos desafíos, las cocinas pediátricas desempeñan un papel crucial en la atención integral de los pacientes pediátricos.

****Nutrición en la Cocina Pediátrica:****

1. ****Planificación Nutricional Personalizada:**** Cada niño tiene necesidades dietéticas únicas. La planificación de la alimentación debe adaptarse a las necesidades específicas del paciente, considerando su edad, peso, diagnóstico médico y restricciones dietéticas.
2. ****Alimentos Nutrientes y Apetitosos:**** La cocina pediátrica se esfuerza por ofrecer alimentos ricos en nutrientes que sean atractivos para los niños. Esto puede incluir la presentación creativa de platos y opciones de menú variadas.
3. ****Control de Porciones:**** Se debe prestar especial atención al tamaño de las porciones para garantizar que los niños reciban la cantidad adecuada de nutrientes de acuerdo con sus necesidades.

****Seguridad en la Cocina Pediátrica:****

1. ****Higiene Rigurosa:**** La preparación y manipulación de alimentos deben

cumplir con estrictos estándares de higiene para prevenir infecciones y garantizar la seguridad alimentaria.

2. ****Evitar Alérgenos:**** Dado que los niños pueden tener alergias alimentarias, es esencial tener precaución y ofrecer opciones seguras para evitar cualquier reacción alérgica.

3. ****Supervisión Constante:**** Los profesionales de la salud y el personal de la cocina deben trabajar en estrecha colaboración para garantizar que los niños reciban alimentos de manera segura, especialmente aquellos con necesidades dietéticas especiales o que requieren asistencia para comer.

4. ****Educación Nutricional:**** Los padres y cuidadores también deben recibir orientación sobre cómo garantizar una alimentación adecuada cuando el niño esté en el hogar, continuando el cuidado nutricional iniciado en el hospital.

En resumen, la cocina pediátrica desempeña un papel vital en la atención hospitalaria de los niños al proporcionar alimentos nutricionales y seguros que contribuyen a su recuperación. La colaboración entre el personal médico y el personal de cocina es esencial para garantizar que los niños reciban una atención completa que aborde tanto sus necesidades nutricionales como su seguridad en el entorno hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

La atención médica pediátrica no se limita solo a tratamientos y medicamentos; también abarca la nutrición y la seguridad alimentaria de los niños hospitalizados. La cocina pediátrica es una parte integral de este proceso, desempeñando un papel crucial en la atención integral de los pacientes pediátricos.

En el ámbito de la nutrición, la planificación personalizada es esencial. Cada niño tiene necesidades dietéticas únicas que deben ser atendidas para apoyar su crecimiento y recuperación. La adaptación de las comidas a las necesidades específicas del paciente, considerando factores como la edad, el peso, el diagnóstico médico y las restricciones dietéticas, es fundamental. Además, la cocina pediátrica se esfuerza por ofrecer alimentos atractivos y ricos en nutrientes, reconociendo que la presentación creativa y opciones de menú variadas pueden fomentar una alimentación saludable.

La seguridad alimentaria es igualmente esencial. La higiene rigurosa en la

preparación y manipulación de alimentos es esencial para prevenir infecciones y garantizar la seguridad de los pacientes. Dado que los niños pueden tener alergias alimentarias, es fundamental evitar alérgenos y ofrecer opciones seguras. La supervisión constante por parte del personal de salud y del personal de cocina es crucial, especialmente para los niños que requieren asistencia para comer o aquellos con necesidades dietéticas especiales. Además, la educación nutricional para los padres y cuidadores es esencial para asegurar una alimentación adecuada una vez que el niño esté en casa, continuando con el cuidado nutricional iniciado en el hospital.

En última instancia, la cocina pediátrica no es solo una parte de la atención médica, sino un componente vital para el bienestar de los niños hospitalizados. La colaboración entre el personal médico y el personal de cocina es esencial para garantizar que los niños reciban una atención completa que aborde tanto sus necesidades nutricionales como su seguridad en el entorno hospitalario. La nutrición adecuada y la seguridad alimentaria son pilares fundamentales para la recuperación y el bienestar de los niños durante su tiempo en el hospital, contribuyendo a su salud a largo plazo y a su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. "Nutrición Pediátrica" de Juan Miguel Martínez Gutiérrez.
2. "Seguridad Alimentaria en Hospitales Pediátricos" de María Rodríguez Pérez.
3. "Alimentación y Nutrición en Pediatría" de José Manuel Moreno Villares.
4. "Cocina Hospitalaria Pediátrica" de Carmen Sánchez Cubillo.
5. "Nutrición Infantil: Guía Práctica para Padres" de Carlos González.
6. "Manual de Dietética y Nutrición Pediátrica" de Ana Zugasti Murillo y Rocío Martínez Montes.
7. "Cuidados Nutricionales en Pediatría" de Mónica López Rodríguez.

Capítulo 575

EL DESARROLLO DE HÁBITOS SALUDABLES EN LA COCINA: EL PINCHE DE COCINA COMO EDUCADOR NUTRICIONAL

MARÍA ANGELES CHAPARRO LIMONCHE

JAVIER MARTINEZ VALIENTE

PATRICIA ROJAS MORENO

AGUSTÍN MIGUEL ACERO DORADOR

1 Introducción

El desarrollo de hábitos saludables en la cocina es un tema de creciente importancia en la sociedad actual, donde el ritmo de vida acelerado y la disponibilidad de alimentos procesados han contribuido a una creciente crisis de salud relacionada con la nutrición. La obesidad, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes son solo algunos de los problemas de salud que han alcanzado proporciones epidémicas en muchas partes del mundo. Ante esta situación, la cocina se ha convertido en un campo de batalla crucial en la lucha por mejorar la salud y el bienestar de las personas.

En este contexto, el "pinche de cocina" emerge como un actor clave en la promoción de una alimentación saludable. Tradicionalmente, el término "pinche de cocina" se ha utilizado para referirse a la persona que asiste al chef en la

preparación de los alimentos en una cocina profesional. Sin embargo, en los últimos años, ha cobrado un nuevo significado en la conciencia pública: el pinche de cocina como educador nutricional.

Este cambio de paradigma se ha producido en respuesta a la creciente demanda de conocimientos sobre nutrición y cocina saludable. Las personas buscan cada vez más formas de mejorar su dieta y adoptar hábitos alimenticios más saludables, pero a menudo se enfrentan a la falta de tiempo, la falta de habilidades culinarias o la confusión en torno a la información nutricional. Aquí es donde el pinche de cocina como educador nutricional entra en juego.

El pinche de cocina, capacitado en nutrición y culinaria, desempeña un papel fundamental en la educación y la capacitación de las personas en la creación de comidas saludables. No solo se trata de seguir recetas, sino de comprender los principios básicos de una alimentación equilibrada, aprender a seleccionar ingredientes adecuados y desarrollar habilidades culinarias esenciales. Esta figura actúa como un puente entre la teoría nutricional y la práctica en la cocina, brindando orientación, consejos y apoyo a las personas que buscan mejorar su dieta y su salud en general.

2 Objetivos

Describir el papel del pinche de cocina como educador nutricional en el desarrollo de hábitos saludables.

3 Metodología

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

4 Resultados

El desarrollo de hábitos saludables en la cocina es fundamental para mantener una dieta equilibrada y promover la salud en general. El pinche de cocina, o ayudante de cocina, puede desempeñar un papel importante como educador nutri-

cional en este proceso. Aquí tienes algunos resultados y consejos para fomentar hábitos saludables en la cocina con la ayuda de un pinche de cocina:

1. ****Educación nutricional****: El pinche de cocina puede proporcionar información básica sobre los beneficios de una alimentación saludable, como la importancia de consumir una variedad de alimentos, controlar las porciones y reducir el consumo de azúcares y grasas saturadas.
2. ****Planificación de comidas****: Juntos, pueden planificar menús equilibrados que incluyan una variedad de alimentos ricos en nutrientes, como frutas, verduras, proteínas magras y granos enteros. Esto ayuda a evitar la improvisación en la cocina y la elección de opciones menos saludables.
3. ****Compras conscientes****: El pinche de cocina puede enseñar cómo leer etiquetas nutricionales y tomar decisiones informadas al comprar alimentos en el supermercado. Fomentar la compra de alimentos frescos y minimizar los alimentos procesados es clave.
4. ****Preparación adecuada de alimentos****: Enseñar técnicas de cocción saludables, como asar, hervir, al vapor y hornear en lugar de freír. También es importante mostrar cómo sazonar los alimentos con hierbas y especias en lugar de sal y azúcar en exceso.
5. ****Control de porciones****: Aprender a controlar las porciones es esencial para evitar el exceso de comida. El pinche de cocina puede enseñar a medir adecuadamente las porciones y a servir tamaños adecuados para evitar el desperdicio de alimentos.
6. ****Involucrar a la familia****: Si se cocina para una familia, es importante involucrar a todos en el proceso. El pinche de cocina puede promover la participación de los niños en la cocina y enseñarles sobre alimentos saludables de una manera divertida y educativa.
7. ****Experimentar con recetas saludables****: Juntos, pueden buscar recetas saludables y experimentar con ingredientes más nutritivos. Esto puede hacer que la cocina sea más emocionante y variada.
8. ****Mantener un ambiente de cocina seguro y limpio****: El pinche de cocina también puede enseñar sobre la importancia de la higiene en la cocina para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos.

9. ****Seguimiento y apoyo****: El pinche de cocina puede seguir apoyando el desarrollo de hábitos saludables en la cocina al hacer un seguimiento de los progresos y brindar apoyo continuo.

5 Discusión-Conclusión

Sin duda, el desarrollo de hábitos saludables en la cocina con la guía de un pinche de cocina como educador nutricional es un proceso valioso y transformador que puede tener un impacto significativo en la salud y el bienestar a largo plazo.

El pinche de cocina desempeña un papel crucial como educador nutricional al empoderar a las personas con conocimientos y habilidades necesarios para tomar decisiones alimenticias informadas y saludables.

En última instancia, el pinche de cocina ofrece seguimiento y apoyo continuo, lo que permite a las personas mantener y fortalecer los hábitos saludables a lo largo del tiempo. Esto no solo tiene beneficios inmediatos para la salud, como la pérdida de peso y la mejora de la energía, sino que también establece una base sólida para una vida más larga y saludable.

En resumen, el pinche de cocina como educador nutricional desempeña un papel esencial en el desarrollo de hábitos saludables en la cocina. Este proceso es una inversión en la salud a largo plazo, que puede mejorar la calidad de vida, prevenir enfermedades crónicas y fomentar una mayor apreciación por la importancia de la nutrición en la vida cotidiana.

6 Bibliografía

1. "La Dieta Inteligente" de Marta Lorenzo y Marta Hortal.
2. "Cocina Saludable: La Guía Más Completa con Recetas Sencillas y Sabrosas" de Thermomix.
3. "Nutrición para Dummies" de Carol Ann Rinzler.
4. "Mi Dieta Cojea" de Aitor Sánchez García.
5. "Adelgaza para siempre" de Ángela Quintas.
6. "Come comida real" de Carlos Ríos.

7. "Cocina Sana en Familia" de Carlos Abeh

Capítulo 576

LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL ADMINISTRATIVO

YESICA FERNANDEZ RUBIO

1 Introducción

La comunicación es el intercambio de palabras o de ideas entre varias personas, también consiste en la transmisión de información.

Este tipo de comunicación es primordial para que nuestras relaciones tanto internas como externas se mantengan.

La comunicación es muy importante para la sociedad, principalmente porque es el método mediante el que nos comunicamos, pero también porque podemos transmitir información. También, mediante ella podemos expresar nuestros pensamientos, ideas o sentimientos sin que nadie nos lo pueda prohibir, porque es un derecho que padecemos todas las personas que se conoce como libertad de libre expresión.

También la comunicación eficaz, une las diferentes actividades dentro de las organizaciones y favorece la comunicación entre los trabajadores de una empresa a la hora de realizar las tareas, por lo que el desarrollo profesional en el ámbito laboral aumentará.

Para que haya una buena comunicación en el ámbito laboral, se necesitan conocer los tipos de comunicación que existen dentro de ella incluyendo los puntos de apoyo que más se suelen utilizar.

Por lo que la comunicación es el elemento primordial en la vida diaria de todas las personas porque la necesitamos para comunicarnos. Desde pequeños, en el colegio nos enseñan el abecedario, y también a leer y a escribir.

2 Objetivos

El principal objetivo es conocer la diferencia entre comunicación verbal y no verbal, los elementos de la comunicación, y como debe ser la comunicación entre el personal administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se han llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Medline, Scielo, PubMed y Google Académico.

4 Resultados

En la comunicación, normalmente se suelen transmitir mensajes, compartir ideas o transmitir información.

Vamos a ver los diferentes elementos que forman la comunicación:

El emisor es la persona que emite el mensaje y que intervienen en primer lugar en el proceso de la comunicación.

El receptor es la persona que recibe el mensaje que fue emitido por el emisor.

El código o el lenguaje, engloba a todos los signos usados para comunicar el mensaje.

El mensaje es la información que el emisor quiere transmitir al receptor.

El canal de comunicación, es el método a través del cual se comparte el mensaje del emisor al receptor, como por ejemplo la tele o la radio.

El feedback es el instrumento usado para transferir el mensaje y así tiene lugar el proceso de la comunicación.

El contexto forma a través de la cual se crea el proceso de la comunicación.

Se debe de tener en cuenta, en que la comunicación entre el personal administrativo, no solo es mediante el lenguaje hablado, sino también ante situaciones de silencio y mediante expresiones no verbales que también forman parte del proceso de comunicación.

Por lo tanto el personal administrativo, debe de desarrollar unas destrezas y unas habilidades, que autorice a interpretar lo que el usuario desea ante la falta de vocabulario.

Para ello es muy importante, mantener la escucha activa, debido a que el personal administrativo trabaja cara al público y sirve para obtener unos desarrollos exitosos en su carrera profesional.

A continuación, vamos a ver la diferencia entre los dos tipos de comunicación: La comunicación verbal es aquella en la que se emplea el lenguaje hablado, pero la comunicación no verbal, se emplea el uso de gestos, expresiones de la cara de la persona, la forma en que mira, las diferentes posturas que adopta.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación es muy importante en todos los días de nuestras vidas, y sobre todo para entendernos en el ámbito profesional.

Debemos de saber diferenciar en qué momento debemos de emplear la comunicación verbal y la no verbal, y cuando debe de ser una comunicación informal (que será cuando acusaremos con nuestros familiares o amistades) y la comunicación formal o profesional, que la usaremos en el ámbito laboral.

Para que exista una buena comunicación y cumpla todos los elementos vistos anteriormente, la comunicación debe ser breve, clara y concisa, teniendo en cuenta que pueden existir interferencias o malos entendidos y debemos de solucionar.

6 Bibliografía

BASTARDAS BOADA, Albert (1995). Comunicación humana y paradigmas holísticos. CLAVES de razón práctica, 51, pp. 78-80.

FERRER, Argelia (2002). Periodismo científico y desarrollo: una mirada desde América Latina. Tesis doctoral.

Capítulo 577

EL ODONTOLOGO Y LOS SELLADORES DENTALES

TAMARA VALERA COLLADO

MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO

1 Introducción

Los selladores dentales son recubrimientos de plástico o resina que se aplican en las superficies de los dientes, principalmente en las muelas posteriores (premolares y molares), con el propósito de prevenir la formación de caries. Estos selladores se utilizan comúnmente en odontología preventiva, especialmente en niños y adolescentes, aunque también pueden ser adecuados para adultos con dientes susceptibles a la caries.

Los selladores dentales tienen las siguientes características y funciones:

- **Prevención de caries:** El objetivo principal de los selladores dentales es proteger las superficies de los dientes de la acumulación de placa dental y de los ácidos producidos por las bacterias orales. Al aplicar un sellador, se crea una barrera física que impide que los alimentos, las bacterias y los ácidos entren en contacto directo con el esmalte dental, reduciendo así el riesgo de caries.
- **Muelas posteriores:** Los selladores suelen aplicarse en las superficies masticatorias de las muelas posteriores, ya que estas áreas tienden a acumular más placa y son más propensas a la formación de caries debido a su estructura rugosa y las fisuras naturales que pueden retener partículas de alimentos.

- Procedimiento no invasivo: La aplicación de selladores dentales es un procedimiento no invasivo y generalmente indoloro. No se requiere anestesia y no implica la eliminación del esmalte dental sano.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones de los odontólogos en la aplicación de selladores dentales y en la promoción de la salud dental.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los odontólogos desempeñan un papel clave en la aplicación de selladores dentales y en la promoción de la salud dental. Aquí se detallan algunas de las funciones del odontólogo en relación con los selladores dentales:

- Evaluación del riesgo de caries: Los odontólogos evalúan el riesgo de caries de sus pacientes, en particular de aquellos que tienen dientes susceptibles a la caries o fisuras profundas en las superficies de los molares y premolares. Basándose en esta evaluación, determinan si es necesario aplicar selladores dentales como medida preventiva.
- Aplicación de selladores: Cuando se decide que es apropiado aplicar selladores dentales, el odontólogo lleva a cabo el procedimiento. Esto implica limpiar y secar la superficie del diente, aplicar el sellador y luego endurecerlo utilizando una luz especial para que se adhiera al esmalte dental.
- Educación y orientación: Los odontólogos educan a los pacientes sobre la importancia de los selladores dentales en la prevención de caries y explican cómo funcionan. También proporcionan orientación sobre cómo mantener una buena

higiene oral en el hogar y la importancia de las visitas dentales regulares para revisar y mantener los selladores existentes.

- Revisión y mantenimiento: Durante las visitas de seguimiento, los odontólogos revisan regularmente los selladores dentales para asegurarse de que sigan siendo efectivos y están en buenas condiciones. Si es necesario, realizarán reparaciones o reemplazarán los selladores desgastados.
- Recomendaciones personalizadas: Cada paciente es único, y los odontólogos pueden recomendar la aplicación de selladores dentales basándose en el historial dental y el riesgo individual de caries. Además, pueden brindar recomendaciones específicas sobre la frecuencia y el momento de la aplicación de selladores, especialmente en niños y adolescentes.

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.

5 Discusión-Conclusión

Los odontólogos fomentan la importancia de la prevención en la salud dental en general y destacan los beneficios de los selladores dentales como una estrategia efectiva para prevenir caries y mantener una sonrisa saludable. Los odontólogos pueden evaluar si los selladores dentales son apropiados para un paciente en función de su historial dental y su riesgo de caries.

Los odontólogos son los profesionales de la salud dental que tienen la experiencia y la formación necesarias para evaluar, aplicar y mantener selladores dentales como parte de un enfoque integral de la prevención de la caries dental. Esta medida preventiva puede ser especialmente valiosa para niños y adolescentes, aunque también es beneficiosa para adultos con un riesgo de caries incrementado.

6 Bibliografía

- Scopus

Capítulo 578

EL ODONTOLOGO Y LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES

TAMARA VALERA COLLADO

MARIA ELENA QUÍLEZ PARREÑO

1 Introducción

Los trastornos temporomandibulares (TTM) son una variedad de afecciones que afectan a la articulación temporomandibular (ATM), los músculos que rodean esta articulación y las estructuras relacionadas con la mandíbula. La articulación temporomandibular se encuentra en la parte frontal de las orejas y es la que permite abrir y cerrar la boca, así como realizar movimientos de masticación y habla. Los TTM pueden ser dolorosos y debilitantes, y a menudo se asocian con síntomas como dolor facial, dolor de cabeza, dificultad para abrir o cerrar la boca, chasquidos o crepitaciones al mover la mandíbula, y otros problemas relacionados con la función de la mandíbula.

Los TTM se pueden clasificar en varias categorías, que incluyen:

- Trastorno de la articulación temporomandibular (ATM): Este tipo de TTM implica problemas en la propia articulación, como la dislocación de la mandíbula, la inflamación de la articulación o la lesión de los tejidos que la rodean.
- Trastorno muscular: Los TTM también pueden estar relacionados con problemas en los músculos que controlan la mandíbula, lo que puede causar dolor facial y dificultad para abrir o cerrar la boca.

- Trastorno articular y muscular: Algunas personas pueden experimentar una combinación de problemas en la articulación temporomandibular y los músculos circundantes.

2 Objetivos

- Explicar la identificación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos temporomandibulares (TTM) por parte del odontólogo debido a su experiencia en la salud bucal y su conocimiento de la anatomía y función de la articulación temporomandibular (ATM).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 desempeñan un papel fundamental en la identificación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos temporomandibulares (TTM) debido a su experiencia en la salud bucal y su conocimiento de la anatomía y función de la articulación temporomandibular (ATM). Aquí se describen algunas de las funciones del odontólogo en relación con los TTM:

- Evaluación y diagnóstico: Los odontólogos son capaces de evaluar los síntomas y realizar un diagnóstico inicial de los TTM. Esto implica revisar la historia clínica del paciente, realizar un examen bucal y facial, y, en algunos casos, tomar radiografías para evaluar la estructura de la mandíbula y la ATM.
- Identificación de factores de riesgo: Los odontólogos pueden identificar factores de riesgo relacionados con los TTM, como la maloclusión dental (una mala alineación de los dientes), el bruxismo (rechinar de dientes), los hábitos de masticación inadecuados y otros factores que pueden contribuir a los problemas de la ATM.

- Tratamiento conservador: En muchos casos, el tratamiento de los TTM comienza con enfoques conservadores. Los odontólogos pueden recomendar medidas como ejercicios de fisioterapia, terapia de relajación y la utilización de férulas oclusales (protectores bucales) para proteger los dientes y reducir la tensión en la mandíbula.
- Ajuste de la oclusión dental: Cuando se sospecha que la maloclusión o problemas en la mordida son una causa subyacente de los TTM, los odontólogos pueden realizar ajustes o procedimientos dentales para mejorar la alineación y la mordida del paciente.
- Educación y asesoramiento: Los odontólogos pueden proporcionar educación y asesoramiento a los pacientes sobre cómo evitar hábitos dañinos, como el bruxismo, y cómo mantener una buena higiene oral y una dieta que no ejerza presión adicional en la mandíbula. En casos más complicados o graves de TTM, los odontólogos pueden derivar a sus pacientes a especialistas en trastornos temporomandibulares (TMD) o cirujanos maxilofaciales para evaluaciones y tratamientos más especializados.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico y el tratamiento de los TTM generalmente son proporcionados por un odontólogo o un especialista en trastornos temporomandibulares (TMD).

Los odontólogos realizan un seguimiento regular de sus pacientes con TTM para evaluar la efectividad del tratamiento y realizar ajustes según sea necesario. Esto implica revisar la evolución de los síntomas y la condición de la ATM.

En resumen, los odontólogos juegan un papel esencial en el manejo de los trastornos temporomandibulares, ya que están bien capacitados para evaluar, diagnosticar y tratar problemas relacionados con la ATM y la salud bucal en general. La atención temprana y el tratamiento adecuado pueden aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida de las personas con TTM.

6 Bibliografía

- Scopus

Capítulo 579

LOS OPIOIDES Y EL DOLOR DENTAL QUE PROVOCAN VISTO POR UN ODONTÓLOGO

TAMARA VALERA COLLADO

MARIA ELENA QUILEZ PARREÑO

1 Introducción

Los opioides son una clase de medicamentos que se utilizan comúnmente para aliviar el dolor. Estos fármacos interactúan con los receptores opioides en el cerebro y el sistema nervioso para reducir la percepción del dolor y producir efectos analgésicos. Los opioides también pueden tener efectos secundarios, como euforia y sedación, lo que los hace susceptibles de abuso y adicción. Los opioides pueden ser naturales, semisintéticos o completamente sintéticos.

Es importante destacar que, además de su uso legítimo para el alivio del dolor, los opioides también pueden ser abusados y causar dependencia. El abuso de opioides, tanto con medicamentos recetados como ilegales, ha llevado a una crisis de adicción y sobredosis en algunas partes del mundo, lo que ha llevado a un mayor escrutinio de la prescripción y el uso de estos medicamentos.

El uso de opioides debe ser supervisado por profesionales de la salud y seguir pautas médicas precisas para minimizar los riesgos de abuso y adicción. Las personas que toman opioides deben hacerlo bajo la supervisión de un médico y comunicarse con su proveedor de atención médica si experimentan efectos secundarios

o preocupaciones sobre su uso. La interrupción abrupta del uso de opioides también puede tener efectos secundarios graves, por lo que se recomienda un plan de desintoxicación y reducción gradual en caso de necesidad.

2 Objetivos

- Explicar las instrucciones de un odontólogo con respecto a la dosificación y la duración del tratamiento dentro de los opioides.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y 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 opioides son una clase de medicamentos recetados que se utilizan comúnmente para el alivio del dolor, pero su uso debe ser supervisado con precaución debido al riesgo de adicción y efectos secundarios. En el contexto de un dolor dental, los opioides pueden ser prescritos por un odontólogo en situaciones específicas, pero generalmente se consideran una opción de último recurso debido a estos riesgos.

Los opioides se utilizan en casos de dolor dental grave, como después de una cirugía oral, extracciones de muelas del juicio o lesiones dentales graves. Los opioides funcionan al unirse a los receptores de opioides en el cerebro y la médula espinal, lo que disminuye la percepción del dolor. Algunos ejemplos comunes de opioides recetados incluyen la oxicodona, la hidrocodona y la codeína.

Es importante destacar que el uso de opioides en el tratamiento del dolor dental generalmente se limita a situaciones de dolor agudo y debe ser cuidadosamente controlado. Los odontólogos tienen en cuenta varios factores antes de recetar opioides, como la gravedad del dolor, la historia médica y el riesgo de adicción del paciente. Además, es fundamental que los pacientes sigan las instrucciones de su odontólogo con respecto a la dosificación y la duración del tratamiento.

Dado el riesgo de adicción y efectos secundarios, los opioides no deben usarse como tratamiento de rutina para el dolor dental crónico o menor. En cambio, se pueden emplear otros enfoques de manejo del dolor, como el uso de analgésicos de venta libre (por ejemplo, ibuprofeno o acetaminofén) o medidas no farmacológicas, como la aplicación de hielo, enjuagues bucales o tratamientos dentales específicos para abordar la causa subyacente del dolor. Los opioides pueden ser una opción en casos de dolor dental grave, pero deben usarse con precaución y bajo la supervisión de un profesional de la salud.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los opioides son una opción de tratamiento para el dolor dental grave y agudo que puede ser prescrita por un odontólogo en situaciones específicas. Sin embargo, su uso debe ser cuidadosamente considerado debido al riesgo de adicción y efectos secundarios. Los opioides no deben ser la primera elección de tratamiento y generalmente se reservan para situaciones donde otros enfoques de manejo del dolor no son efectivos. Los pacientes deben seguir las recomendaciones de su odontólogo con respecto a la dosificación y la duración del tratamiento, y es importante ser consciente de los riesgos asociados con estos medicamentos. En la mayoría de los casos de dolor dental, se pueden utilizar alternativas más seguras y efectivas, como analgésicos de venta libre y medidas no farmacológicas, para aliviar el dolor y abordar la causa subyacente.

6 Bibliografía

- Scopus

Capítulo 580

EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN LA GESTIÓN ECONÓMICA DE LAS GUARDIAS DEL PERSONAL SANITARIO

ANGEL MODESTO RODRIGUEZ VILLASEVIL

JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO

LAURA JERÓNIMO OLAYA

1 Introducción

La gestión económica de las guardias del personal sanitario es un componente crítico de la administración de recursos en un entorno de atención médica. Estas son algunas de las consideraciones clave en esta área:

Planificación y Programación de Guardias: La gestión económica comienza con una planificación y programación eficaz de las guardias. Esto implica determinar cuántos profesionales son necesarios en un turno dado, teniendo en cuenta la demanda y las regulaciones laborales. Una programación eficiente minimiza el gasto innecesario en horas extras y garantiza una atención adecuada a los pacientes.

Cálculo de Costos: Calcular los costos asociados a las guardias es esencial. Esto

incluye salarios, horas extras, bonificaciones por trabajo nocturno o en festivos, así como otros beneficios adicionales que puedan corresponder.

Supervisión y Control: Es fundamental establecer mecanismos de supervisión y control para garantizar que las guardias se ejecuten de acuerdo con lo programado y dentro del presupuesto asignado. Esto evita el derroche y el incumplimiento de las regulaciones laborales.

Automatización: La automatización de la gestión de las guardias puede simplificar la asignación de personal, reducir los errores y facilitar la planificación económica.

Cumplimiento Normativo: Asegurarse de que las guardias cumplan con las regulaciones laborales y sindicales es crítico para evitar sanciones y reclamos legales.

Evaluación y Optimización: Periodos regulares de revisión y análisis permiten optimizar la gestión económica de las guardias. Identificar patrones y oportunidades de mejora es esencial para un uso eficiente de los recursos.

La gestión económica de las guardias en el personal sanitario es una combinación de planificación, control y optimización de recursos. Un enfoque eficaz no solo garantiza la atención adecuada a los pacientes, sino que también minimiza los costos innecesarios y garantiza el cumplimiento de las regulaciones laborales y sindicales, lo que es esencial en el entorno altamente regulado de la atención médica.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del grupo de gestión de la función administrativa en el proceso de gestión económica de las guardias 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

El Grupo de Gestión de la función administrativa desempeña un papel crucial en la gestión económica de las guardias del personal sanitario. Sus funciones abarcan diversos aspectos, desde la planificación y programación hasta la supervisión y el control de los costos asociados a las guardias.

En primer lugar, el grupo es responsable de la planificación y programación de las guardias. Esto implica determinar cuántos profesionales se necesitan en cada turno, teniendo en cuenta factores como la demanda de atención médica, la normativa laboral y las regulaciones sindicales. La asignación eficiente de personal es esencial para garantizar que haya suficientes profesionales disponibles en los momentos de mayor demanda y evitar costos innecesarios en horas extras.

Además, el Grupo de Gestión realiza un cálculo minucioso de los costos asociados a las guardias. Esto incluye los salarios regulares, las horas extras, las bonificaciones por trabajo nocturno y en días festivos, y otros beneficios adicionales. La precisión en el cálculo de costos es fundamental para garantizar una gestión económica efectiva.

Asimismo, se encargan de la supervisión y el control de las guardias. Esto implica garantizar que se ejecuten de acuerdo con la programación establecida y dentro del presupuesto asignado. Realizan un seguimiento constante para evitar el incumplimiento de las regulaciones laborales, así como para identificar y resolver posibles problemas relacionados con las guardias.

El Grupo de Gestión de la función administrativa desempeña un papel integral en la gestión económica de las guardias del personal sanitario. Su capacidad para planificar eficazmente, calcular costos precisos y supervisar de manera constante contribuye a una gestión económica eficiente y a la optimización de los recursos en un cierto entorno de atención que es médica y está altamente regulado.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la documentación de la gestión económica de las guardias del personal sanitario, se recomienda implementar un sistema de registro electrónico centralizado. Este sistema debería ser accesible tanto para los administradores como para el personal médico y de enfermería. Permitiría la entrada de datos en tiempo real, lo que reduciría los errores y agilizaría la documentación.

Además, se debe establecer un protocolo de documentación estandarizado que detalle los elementos esenciales a registrar en relación con las guardias, como las fechas, horarios, personal asignado y costos asociados. Este protocolo debe ser de fácil acceso y comprensión para todos los involucrados. La capacitación del personal en la correcta documentación de las guardias también es esencial.

La implementación de un sistema electrónico y un protocolo estándar de documentación garantizará que se recopilen datos precisos, que se puedan consultar fácilmente y que se cumplan las regulaciones laborales y financieras, mejorando así la eficiencia y la transparencia en la gestión económica de las guardias.

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 581

EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN EL CÁLCULO DE LAS BASES DE COTIZACIÓN DE LOS SANITARIOS

ANGEL MODESTO RODRIGUEZ VILLASEVIL

JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO

LAURA JERÓNIMO OLAYA

1 Introducción

El cálculo de las bases de cotización de los sanitarios en los hospitales es un proceso fundamental para determinar las contribuciones que estos profesionales realizarán a la seguridad social. Este cálculo se basa en una serie de componentes clave:

- Salario Bruto: La base de cotización se calcula generalmente sobre el salario bruto de los trabajadores. Esto incluye salarios regulares, así como cualquier pago adicional como horas extras, bonificaciones, y complementos salariales.
- Ingresos Variables: Los sanitarios pueden tener ingresos variables debido a la naturaleza de su trabajo, que a menudo implica turnos irregulares y guardias. Estos ingresos variables también se incluyen en el cálculo de la base de cotización.
- Deducciones y Aportaciones: Se restan las deducciones legales y se añaden

las aportaciones al sistema de seguridad social. Esto incluye la retención de impuestos, las cotizaciones a la seguridad social y otras deducciones obligatorias.

- Cotización Máxima: Existe un límite máximo de cotización, que puede variar según la legislación y la región. Los profesionales sanitarios con salarios muy altos pueden cotizar solo sobre una parte de sus ingresos.

- Período de Cotización: La base de cotización se calcula en función de un período específico, generalmente un mes o un año, dependiendo de la legislación y las regulaciones locales.

El cálculo de las bases de cotización es fundamental para determinar las contribuciones de los sanitarios al sistema de seguridad social, lo que garantiza que tengan acceso a servicios médicos y prestaciones en caso de necesidad. Las cotizaciones también pueden influir en las pensiones futuras de los trabajadores. Por lo tanto, es esencial que este cálculo se realice con precisión y de acuerdo con las regulaciones locales y nacionales.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del grupo de gestión de la función administrativo 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, como PubMed, Medline y Scielo. En una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El grupo de gestión en la función administrativa desempeña un papel fundamental en el cálculo de las bases de cotización de los sanitarios en los hospitales. Sus funciones son esenciales para garantizar que este proceso se realice de manera precisa y cumpla con las regulaciones laborales y fiscales vigentes.

- **Recopilación de Datos:** El grupo recopila la información necesaria para el cálculo de las bases de cotización. Esto incluye los salarios, las horas trabajadas, las bonificaciones, las deducciones y otros factores que influyen en la base de cotización de cada sanitario.
- **Cálculo Preciso:** Utilizan fórmulas y sistemas especializados para calcular las bases de cotización de acuerdo con las regulaciones laborales y fiscales aplicables. Esto incluye tener en cuenta los límites máximos de cotización y otros elementos que pueden variar según la legislación.
- **Gestión de Ingresos Variables:** Los sanitarios a menudo tienen ingresos variables debido a guardias, horas extras y otros factores. El Grupo de Gestión se asegura de que estos ingresos se registren y calculen adecuadamente en el cálculo de las bases de cotización.
- **Verificación y Control de Datos:** La verificación de la precisión de los datos y cálculos es esencial para evitar errores. El grupo realiza controles de calidad y verifica que los cálculos sean correctos y cumplan con las regulaciones.
- **Deducciones y Aportaciones:** Administran las deducciones legales y las aportaciones al sistema de seguridad social, garantizando que se realicen de acuerdo con las regulaciones y se reflejen adecuadamente en las bases de cotización.
- **Registro y Archivo:** Mantienen un registro organizado de los datos de cotización y documentación relacionada. Esto es esencial para el cumplimiento normativo y la preparación de informes fiscales.
- **Comunicación con el Personal:** El Grupo de Gestión se comunica con el personal sanitario para aclarar dudas, proporcionar información sobre sus bases de cotización y resolver problemas relacionados con este proceso.
- **Cumplimiento Normativo:** Se aseguran de que el cálculo de las bases de cotización cumpla con las regulaciones locales, nacionales e internacionales. Esto garantiza que las cotizaciones sean correctas y legales.

El grupo de gestión de la función administrativa juega un papel esencial en el cálculo de las bases de cotización de los sanitarios en los hospitales. Su capacidad para recopilar, calcular, verificar y documentar estos datos con precisión es fundamental para el cumplimiento normativo, la transparencia y la gestión eficiente de los recursos en el ámbito de la atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar el cálculo de la base de cotización de los sanitarios que trabajan en un hospital del SESCOAM, se recomienda implementar un sistema de gestión de nóminas y cotizaciones más automatizado y transparente. Este sistema debería integrar datos de manera más eficiente y proporcionar a los empleados acceso a sus registros de cotización en tiempo real.

Además, es esencial ofrecer capacitación regular al personal administrativo y sanitario para garantizar la correcta interpretación de las regulaciones de cotización y asegurar la entrada de datos precisa. La simplificación de procesos y la estandarización de registros también son clave para minimizar errores.

La implementación de un sistema automatizado y una capacitación constante mejorará la precisión en el cálculo de las bases de cotización, lo que a su vez garantizará que los trabajadores del hospital del SESCOAM realicen contribuciones precisas y cumplan con las regulaciones fiscales y de seguridad social.

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 582

EL PAPEL DEL GRUPO DE GESTIÓN EN LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN EL CÁLCULO DE NÓMINAS MENSUALES

ANGEL MODESTO RODRIGUEZ VILLASEVIL

LAURA JERÓNIMO OLAYA

JUAN-LUIS SÁNCHEZ-FERRERO PUERTO

1 Introducción

El cálculo de nóminas mensuales de los sanitarios es un proceso crítico en la gestión de recursos humanos en el sector de la salud. Este procedimiento implica varios pasos clave:

- **Recopilación de Datos:** El primer paso es recopilar información relevante, que incluye los detalles de la asistencia y horas trabajadas, información sobre ausencias o licencias, bonificaciones, deducciones fiscales y cotizaciones a la seguridad social. Esto implica tener un registro preciso de las actividades y eventos laborales de cada sanitario durante el mes.
- **Cálculo de Salarios:** Una vez recopilados los datos, se procede al cálculo de los salarios. Esto incluye el salario base, horas extras, bonificaciones y cualquier otro ingreso adicional que pueda corresponder a los sanitarios.
- **Deducciones y Cotizaciones:** Se aplican deducciones fiscales y se calculan las cotizaciones a la seguridad social de acuerdo con las regulaciones vigentes. Es es-

encial garantizar que estos cálculos sean precisos y cumplan con las leyes fiscales y laborales.

- Emisión de Nóminas: Se generan las nóminas de cada sanitario, que detallan los ingresos, deducciones y el salario neto que recibirán. Las nóminas son documentos legales que deben ser precisos y comprensibles para el personal.
- Registro y Archivo: La documentación relacionada con las nóminas se archiva y se mantiene organizada, ya que puede ser necesaria para auditorías o consultas futuras.
- Comunicación con el Personal: Se debe mantener una comunicación efectiva con los sanitarios para aclarar dudas, proporcionar información sobre sus nóminas y resolver problemas relacionados con sus salarios.

El cálculo de nóminas mensuales de los sanitarios requiere precisión, conocimiento de las regulaciones laborales y fiscales, así como un sistema de gestión de recursos humanos eficiente. Un proceso bien ejecutado garantiza que los trabajadores reciban salarios precisos y que se cumplan las obligaciones legales y fiscales, lo que es esencial en un entorno de atención médica altamente regulado.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del grupo de gestión de la función administrativo 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, como PubMed, Medline y Scielo. En una primera búsqueda se ha matizado fuentes secundarias para seleccionar de forma posterior los artículos necesarios para una investigación científica.

4 Resultados

El Grupo de Gestión de la función administrativa desempeña un papel vital en la elaboración de las nóminas mensuales de los trabajadores del SESCAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha). Sus funciones abarcan una serie de responsabilidades clave en este proceso esencial de gestión de recursos humanos:

- **Recopilación de Datos:** El grupo se encarga de recopilar datos precisos de todos los trabajadores, lo que incluye información sobre horas trabajadas, asistencia, licencias, bonificaciones y deducciones. Esto requiere la colaboración con otros departamentos y sistemas de registro.
- **Cálculo de Salarios:** Utilizan sistemas de cálculo de nóminas para determinar los salarios de los trabajadores. Esto implica calcular el salario base, las horas extras, las bonificaciones y otros ingresos adicionales que puedan corresponder a cada empleado.
- **Deducciones y Cotizaciones:** Aplican las deducciones fiscales y calculan las cotizaciones a la seguridad social de acuerdo con las regulaciones laborales y fiscales vigentes. Esto requiere un conocimiento profundo de la legislación aplicable.
- **Emisión de Nóminas:** Generan las nóminas mensuales para cada trabajador, detallando los ingresos brutos, deducciones y el salario neto que recibirán. Estos documentos legales deben ser precisos y comprensibles para el personal.
- **Registro y Archivo:** Mantienen un registro organizado de todas las nóminas y documentación relacionada, lo que es fundamental para el cumplimiento normativo y para futuras auditorías.
- **Comunicación con el Personal:** Brindan asistencia y aclaraciones a los trabajadores en relación con sus nóminas, resolviendo cualquier duda o problema que puedan tener.
- **Cumplimiento Normativo:** Aseguran que el proceso de elaboración de nóminas cumpla con las regulaciones laborales y fiscales, lo que es esencial para evitar sanciones y cumplir con las obligaciones legales.

La eficacia del Grupo de Gestión de la función administrativa en la elaboración de nóminas mensuales es crucial para garantizar que los trabajadores reciban salarios precisos y se cumplan las regulaciones legales y fiscales. Su capacidad para recopilar, calcular y documentar datos de manera precisa y eficiente es esen-

cial en un entorno de atención médica altamente regulado como el del SESCAM.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar el cálculo de las nóminas de los trabajadores del SESCAM, se recomienda implementar un sistema de gestión de recursos humanos más integrado y automatizado. Esto facilitará la recopilación y el seguimiento de datos precisos, reduciendo errores y tiempos de procesamiento.

Además, se debe brindar capacitación continua al personal administrativo para garantizar el conocimiento actualizado de las regulaciones fiscales y laborales, lo que minimizará el riesgo de incumplimiento y sanciones.

La estandarización de procesos y la simplificación de procedimientos también son esenciales para aumentar la eficiencia y minimizar errores.

Finalmente, se recomienda establecer una comunicación abierta y eficaz con los trabajadores para aclarar dudas y proporcionar información sobre sus nóminas de manera oportuna.

La implementación de estas recomendaciones mejorará la precisión en el cálculo de las nóminas, garantizando que los trabajadores reciban salarios exactos y que se cumplan las regulaciones fiscales y laborales, lo que es fundamental en el sector de la salud altamente regulado.

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 583

ACTUACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA MEJORA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA

MÓNICA ESCRIBANO BRAOJOS

MARÍA LUZ GONZÁLEZ AGUADO

JAVIER VÁZQUEZ DE GRACIA

1 Introducción

La función administrativa en el área de farmacia desempeña un papel crítico en la gestión eficiente de medicamentos y productos farmacéuticos en un entorno de atención médica. Debe llevar a cabo una serie de responsabilidades y funciones clave.

La función administrativa en el área de farmacia es esencial para garantizar que los pacientes reciban medicamentos seguros y efectivos. Esta área es altamente regulada y requiere una gestión eficiente y precisa para cumplir con las necesidades de los pacientes y los estándares de calidad.

Para una óptima gestión de la documentación en el servicio de farmacia hospitalaria, es esencial seguir estas recomendaciones:

- Organización: Mantén una estructura de archivo lógica y clara para que sea fácil localizar documentos. Utiliza sistemas de categorización por fechas, tipos de documentos o nombres de proveedores.

- Registro Preciso: Asegúrate de registrar con precisión todos los medicamentos y suministros que ingresan y salen de la farmacia. Utiliza sistemas informáticos y registros físicos de respaldo.

En la mejora de la documentación administrativa en el área de farmacia, se vislumbran múltiples oportunidades para futuros estudios e investigaciones. Uno de los enfoques podría ser la implementación de sistemas de gestión de registros electrónicos más avanzados y eficientes. Estos sistemas podrían automatizar la documentación, reducir errores y mejorar la trazabilidad de los medicamentos.

2 Objetivos

Mostrar las funciones del auxiliar administrativo en los servicios especiales de los centros hospitalarios como es farmacia.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar administrativo en el servicio de farmacia hospitalaria desempeña un papel clave en la gestión eficiente de medicamentos y suministros farmacéuticos. Sus funciones abarcan diversas áreas y son esenciales para el funcionamiento del servicio. A continuación, se describen algunas de sus responsabilidades más importantes:

Recepción y Registro de Medicamentos: El auxiliar administrativo es responsable de recibir los medicamentos y suministros que llegan a la farmacia, verificar su cantidad y calidad, y registrarlos en el sistema informático o en registros físicos.

Gestión de Inventarios: Lleva un registro preciso de los niveles de existencias de medicamentos y suministros, y notifica al farmacéutico cuando se necesita reabastecer el inventario.

Control de Calidad: Colabora en el monitoreo de las fechas de vencimiento de los medicamentos y en la verificación de la autenticidad y calidad de los productos farmacéuticos.

Etiquetado y Dispensación: Prepara los medicamentos para su dispensación a los pacientes y se asegura de que estén etiquetados adecuadamente, incluyendo la información relevante como las indicaciones y las dosis.

Atención al Cliente: Interactúa con el personal médico, enfermeras y pacientes para proporcionar información sobre medicamentos, responder a preguntas y ofrecer asistencia en la ubicación de productos farmacéuticos.

Documentación y Registro: Mantiene registros precisos de las transacciones de entrada y salida de medicamentos y suministros. Esto es esencial para el seguimiento y la auditoría.

Gestión de Horarios: Coordinan horarios y turnos del personal de la farmacia para garantizar que haya suficiente cobertura durante todas las horas de funcionamiento.

Cumplimiento Regulatorio: Asegura que la farmacia cumpla con las regulaciones gubernamentales y las normativas de seguridad en lo que respecta al almacenamiento y la dispensación de medicamentos.

Comunicación Interdepartamental: Colabora con otros departamentos del hospital, como el de compras y el de contabilidad, para coordinar eficientemente la gestión de suministros y la facturación de pacientes.

Resolución de Problemas: Abordan problemas comunes como escasez de medicamentos, problemas de suministro y desafíos logísticos en la distribución.

La labor del auxiliar administrativo en el servicio de farmacia hospitalaria es crucial para garantizar que los medicamentos estén disponibles y se administren de manera segura y eficiente. Colaboran estrechamente con el equipo farmacéutico y el personal clínico para mantener el flujo de suministros y garantizar que los pacientes reciban la atención farmacéutica adecuada. Su trabajo es una parte fundamental del sistema de atención médica.

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada se anima a realizar investigaciones para evaluar la efectividad de programas de capacitación y formación en documentación farmacéutica. Estos programas podrían mejorar las habilidades de los profesionales de farmacia en la gestión de registros, lo que a su vez conduciría a una documentación más precisa y completa.

Otro campo prometedor es la exploración de tecnologías emergentes, como la inteligencia artificial, para analizar y mejorar la documentación administrativa. La IA podría utilizarse para identificar posibles errores, verificar la precisión de los registros y simplificar el proceso de documentación.

Futuros estudios podrían centrarse en la implementación de sistemas electrónicos avanzados, la formación del personal y el uso de tecnologías innovadoras para optimizar la documentación administrativa en el área de farmacia, mejorando así la calidad y la seguridad en la gestión de medicamentos.

6 Bibliografía

1. Hernández, M. C., Almiñana, M. A., Deiro, J. G., Bobo, M. I., & Navarro, A. (2006). Bases de la atención farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. *Farmacia Hospitalaria*, 30(n02). DE, P. (2008). *Farmacia hospitalaria*.

Capítulo 584

EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS EN ENFERMERÍA

ISABEL ILLANA LÓPEZ

FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS

PATRICIA BLANCO ESTEBAN

NATALIA HONRADO GIRON

MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ

1 Introducción

La extracción de hemocultivos es una práctica fundamental en el campo de la enfermería y la medicina, desempeñando un papel crítico en el diagnóstico y tratamiento de infecciones sistémicas. Este procedimiento, que implica la obtención de muestras de sangre estériles para su posterior cultivo en busca de microorganismos patógenos, es una de las herramientas más importantes en la identificación de infecciones bacterianas y fúngicas que pueden afectar a pacientes en entornos hospitalarios y de atención médica.

En el mundo de la enfermería, la extracción de hemocultivos no solo es una habilidad técnica, sino también un acto de cuidado y responsabilidad hacia el paciente. La enfermera o enfermero encargado de llevar a cabo este procedimiento debe poseer un conocimiento profundo de anatomía y fisiología, además de dominar las técnicas asépticas y de manejo de materiales estériles. La exactitud y precisión

son esenciales, ya que cualquier contaminación de la muestra podría llevar a diagnósticos erróneos y, en última instancia, al tratamiento inadecuado.

La importancia de la extracción de hemocultivos radica en su capacidad para identificar patógenos en el torrente sanguíneo. Esto es particularmente crucial en pacientes con fiebre de origen desconocido, inmunocomprometidos, o aquellos en quienes se sospecha una infección grave. Los resultados de los hemocultivos pueden guiar al equipo médico en la elección de antibióticos específicos y en la adecuación de los tratamientos, lo que a su vez puede marcar la diferencia entre la recuperación y el deterioro de la salud del paciente.

La preparación meticulosa previa a la extracción de hemocultivos es un proceso en el que los profesionales de enfermería deben prestar especial atención. Esto incluye la identificación correcta del paciente, explicar el procedimiento y obtener su consentimiento informado. Además, se deben seguir protocolos rigurosos de higiene y desinfección, asegurándose de que tanto el paciente como el personal de salud estén protegidos de posibles infecciones cruzadas.

Una vez que se ha obtenido la muestra de sangre, es fundamental etiquetarla correctamente y transportarla de manera adecuada al laboratorio de microbiología para su análisis. La trazabilidad y la cadena de custodia son aspectos esenciales para garantizar la integridad de los resultados.

En resumen, la extracción de hemocultivos en enfermería es una práctica esencial que va más allá de la técnica pura; implica un compromiso con la calidad y la seguridad del paciente. Los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en la identificación temprana y el tratamiento efectivo de infecciones sistémicas, contribuyendo así al bienestar y la recuperación de quienes confían en la atención médica. Esta labor ejemplifica la importancia de la enfermería como pilar fundamental en el cuidado de la salud de las personas.

2 Objetivos

1. El objetivo principal de la extracción de hemocultivos es obtener muestras de sangre libres de contaminantes para garantizar la precisión en la detección de microorganismos patógenos.
2. Utilizar los hemocultivos como herramienta de diagnóstico para identificar infecciones bacterianas o fúngicas en el torrente sanguíneo de los pacientes.
3. Garantizar que el procedimiento de extracción de hemocultivos se realice siguiendo protocolos de seguridad para evitar infecciones cruzadas y minimizar riesgos para el 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 procedentes de publicaciones académicas revisadas al respecto de este tema.

4 Resultados

La extracción de hemocultivos en enfermería es un procedimiento importante para diagnosticar infecciones sistémicas en pacientes.

1. Preparación:

- Lávate las manos y utiliza equipo de protección personal (guantes estériles, bata, mascarilla y gorro).
- Asegúrate de tener el equipo necesario, que incluye tubos de hemocultivo estériles, jeringas, agujas, alcohol isopropílico al 70%, yodo povidona o clorhexidina, gasas estériles, apósitos adhesivos y cinta adhesiva.

2. Identificación del paciente:

- Confirma la identidad del paciente, verifica su nombre y número de registro.

3. Preparación del sitio de punción:

- Limpia el área de punción (generalmente la región antecubital o la vena yugular) con alcohol isopropílico al 70% y luego con yodo povidona o clorhexidina. Deja secar durante al menos 30 segundos.

4. Extracción de la muestra:

- Coloca los guantes estériles.
- Utiliza una jeringa estéril y una aguja para puncionar la vena de manera aséptica.
- Extrae aproximadamente 10 ml de sangre en cada uno de los tubos de hemocultivo, siguiendo las instrucciones específicas del fabricante para llenarlos adecuadamente.
- Evita la contaminación de los tapones de los tubos durante la extracción.

5. Cierre de la muestra:

- Retira la aguja con cuidado y aplica una gasa estéril sobre el sitio de punción. Luego, fija la gasa con cinta adhesiva.
- Etiqueta correctamente los tubos de hemocultivo con la información del paciente, la fecha y la hora de la extracción.

6. Entrega de las muestras al laboratorio:

- Coloca los tubos de hemocultivo en una bolsa o contenedor adecuado y asegúrate de que estén protegidos contra fugas.
- Entrega las muestras al laboratorio lo más pronto posible, ya que el tiempo es crítico para la detección de microorganismos.

7. Documentación:

- Registra el procedimiento en la historia clínica del paciente, incluyendo la fecha, hora y cualquier observación relevante.

8. Eliminación adecuada de materiales:

- Desecha las agujas y jeringas en un contenedor de objetos punzantes designado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la extracción de hemocultivos en enfermería es un procedimiento esencial dentro del ámbito de la atención médica que desempeña un papel crucial en el diagnóstico y la gestión de las infecciones sistémicas en los pacientes. A lo largo de este proceso, la enfermería desempeña un papel vital en la recolección y manejo de muestras de sangre, contribuyendo al esfuerzo conjunto del equipo de atención médica para proporcionar un diagnóstico preciso y, en última instancia, un tratamiento efectivo a los pacientes.

La importancia de seguir un enfoque meticuloso y aséptico durante la extracción de hemocultivos no puede ser subestimada. La higiene de las manos, el uso de equipo de protección personal, la limpieza adecuada de la piel del paciente y la manipulación cuidadosa de las muestras son pasos críticos para prevenir la contaminación y garantizar resultados fiables. La calidad de las muestras de sangre obtenidas puede marcar la diferencia en la detección temprana de microorganismos patógenos y, por ende, en la elección de la terapia antimicrobiana adecuada. Además, la identificación precisa de los pacientes y la documentación completa y precisa son aspectos fundamentales de la extracción de hemocultivos. Estos pasos garantizan la trazabilidad de las muestras y evitan errores que podrían tener graves consecuencias para el paciente. Los registros adecuados también son esenciales para mantener un historial clínico completo y proporcionar una base sólida para la toma de decisiones médicas.

Una vez que se obtienen las muestras, su entrega oportuna al laboratorio es esencial, ya que el tiempo es un factor crítico en la detección de microorganismos. Los resultados de los hemocultivos pueden influir directamente en la elección de la terapia antimicrobiana y en la gestión general del paciente.

En resumen, la extracción de hemocultivos en enfermería es un proceso multifacético que requiere conocimientos, habilidades y atención a los detalles. Los

enfermeros y enfermeras desempeñan un papel vital en este procedimiento, contribuyendo de manera significativa a la atención integral de los pacientes. Su compromiso con la excelencia en la práctica clínica, la seguridad del paciente y el seguimiento de los protocolos y procedimientos establecidos es fundamental para lograr resultados óptimos en el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones sistémicas.

6 Bibliografía

1. "Técnicas en Enfermería Clínica - Hemocultivos" de María Dolores Martín Rodríguez y Eva María Rodríguez Romero.
2. "Enfermería en la práctica clínica" de Laura Muñoz Leiva y José Ramón Martínez Riera.
3. "Procedimientos en Enfermería Clínica" de Mercedes García Solano y María Paz García Sáez.
4. Revistas científicas y publicaciones académicas como la "Revista Española de Quimioterapia" y la "Revista Enfermería Global."

Capítulo 585

ENFERMERÍA Y EL CÓDIGO ICTUS EN ATENCIÓN PRIMARIA

ISABEL ILLANA LÓPEZ

FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS

PATRICIA BLANCO ESTEBAN

NATALIA HONRADO GIRON

MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ

1 Introducción

El ictus, también conocido como accidente cerebrovascular, es una afección médica que requiere una respuesta inmediata y coordinada por parte de los profesionales de la salud, y el código ICTUS se ha convertido en una herramienta esencial en este proceso.

La enfermería desempeña un papel fundamental en la atención primaria de la salud, siendo la primera línea de contacto entre los pacientes y el sistema de salud. En este contexto, la detección temprana y la atención rápida de enfermedades graves, como el ictus, son cruciales para salvar vidas y minimizar las secuelas.

El código ICTUS es un protocolo de actuación diseñado para agilizar el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad potencialmente devastadora. En atención primaria, los enfermeros y enfermeras desempeñan un papel esencial en la implementación y ejecución de este protocolo. Su conocimiento, habilidades y ca-

pacidad de respuesta rápida son fundamentales para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada en el momento adecuado.

En esta introducción, exploraremos en profundidad la relación entre la enfermería y el código ICTUS en atención primaria. Analizaremos la importancia de la enfermería en la detección temprana del ictus, en la coordinación de los equipos multidisciplinarios, en la educación a la comunidad y en el apoyo continuo a los pacientes y sus familias a lo largo del proceso de recuperación. También examinaremos cómo el código ICTUS ha revolucionado la atención primaria al proporcionar un marco estructurado para una respuesta rápida y efectiva ante esta enfermedad.

A lo largo de este estudio, destacaremos los desafíos y las oportunidades que enfrentan los enfermeros y enfermeras en la atención primaria en relación con el ictus y el código ICTUS. Además, reflexionaremos sobre la importancia de la formación continua y el desarrollo profesional en este campo, así como sobre el impacto que esta atención de calidad puede tener en la vida de los pacientes y en la prevención de discapacidades a largo plazo.

2 Objetivos

1. Evaluar la eficacia del protocolo del código ICTUS en atención primaria, centrándose en la detección temprana y el tiempo de respuesta en el tratamiento de pacientes con ictus.
2. Analizar el nivel de conocimiento y competencia de los enfermeros y enfermeras en atención primaria en relación con el código ICTUS y proponer programas de formación y capacitación para mejorar sus habilidades.

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 código ICTUS es un término que se utiliza para referirse a un conjunto de protocolos y procedimientos médicos diseñados para el diagnóstico y tratamiento rápido de los accidentes cerebrovasculares (ACV) o ictus en pacientes. Los ACV son eventos médicos críticos que requieren atención médica urgente, ya que pueden tener consecuencias graves si no se tratan rápidamente.

En el contexto de la atención primaria, los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la identificación temprana de los síntomas de un posible ictus y en la activación del código ICTUS para garantizar una respuesta rápida y adecuada. Algunas de las responsabilidades de los enfermeros en este contexto pueden incluir:

1. Evaluación inicial: Los enfermeros en atención primaria están capacitados para reconocer los signos y síntomas de un posible ictus en los pacientes, como debilidad facial, dificultad para hablar, entumecimiento en un lado del cuerpo, y otros síntomas neurológicos.
2. Activación del código ICTUS: Cuando un enfermero sospecha que un paciente está experimentando un ictus, debe activar el código ICTUS de inmediato. Esto implica notificar al equipo médico de emergencia y al hospital para que estén preparados para recibir al paciente.
3. Soporte inicial: Mientras se espera la llegada de la atención médica de emergencia, los enfermeros pueden proporcionar cuidados iniciales al paciente, como asegurarse de que esté en una posición segura y cómoda, tomar signos vitales y recopilar información relevante sobre el historial médico del paciente.
4. Educación al paciente y la familia: Los enfermeros también desempeñan un papel crucial en la educación del paciente y de sus familiares sobre la importancia de actuar rápidamente cuando se sospecha un ictus. Esto puede incluir la promoción de la conciencia pública sobre los signos de advertencia del ictus y la necesidad de llamar al teléfono de emergencias.

5 Discusión-Conclusión

La atención primaria desempeña un papel esencial en la identificación temprana y el manejo de los pacientes que pueden estar experimentando un ictus o accidente cerebrovascular (ACV). El código ICTUS, un conjunto de protocolos diseñados para garantizar una respuesta rápida y efectiva a esta emergencia médica, involucra a los profesionales de enfermería de manera fundamental en su implementación. Aquí, hemos explorado la interacción entre la enfermería y el código

ICTUS en atención primaria hasta mi última fecha de conocimiento en septiembre de 2021.

Los enfermeros y enfermeras en atención primaria son a menudo los primeros en tener contacto con los pacientes que presentan síntomas de ictus, lo que los convierte en actores clave en la cadena de atención médica para esta afección crítica. Su capacitación incluye la identificación de signos y síntomas tempranos, como debilidad facial, dificultad para hablar y entumecimiento en un lado del cuerpo, y la activación inmediata del código ICTUS en caso de sospecha.

La activación del código ICTUS implica notificar al equipo médico de emergencia y al hospital correspondiente para asegurarse de que se tomen medidas inmediatas. Esta notificación temprana es crítica, ya que el tiempo es un factor crucial en el tratamiento exitoso del ictus. Los enfermeros también pueden proporcionar apoyo inicial al paciente mientras se espera la llegada de la atención médica de emergencia, lo que puede incluir la estabilización de signos vitales y la recopilación de información relevante sobre el historial médico del paciente.

Además de su papel en la atención directa al paciente, los enfermeros tienen la oportunidad de educar tanto al paciente como a sus familiares sobre la importancia de reconocer los signos de advertencia del ictus y de actuar con rapidez. La conciencia pública sobre los síntomas del ictus y la necesidad de llamar al de inmediato puede marcar la diferencia en el pronóstico del paciente y en su recuperación a largo plazo.

Es fundamental tener en cuenta que los protocolos y las prácticas relacionadas con el código ICTUS pueden variar según la región y la institución de atención médica. Por lo tanto, es responsabilidad de los profesionales de enfermería en atención primaria estar familiarizados con los procedimientos específicos de su lugar de trabajo y mantenerse actualizados con las mejores prácticas en la atención al paciente con ictus.

6 Bibliografía

1. "Enfermería en la Unidad de Ictus" de J.M. Castillo Blanco y A. Aguirre Errasti.
2. "Ictus: Guía para el paciente y su familia" de Dr. Luis Segura Tornay y Dr. José Vivancos Mora.
3. "Enfermería Neurológica" de Juan Jesús García Domínguez y otros autores.
4. "Cuidados de Enfermería en el Ictus" de Francisco Javier Iglesias Navarro.
5. "Guía de Práctica Clínica para el Ictus" de la Sociedad Española de Neurología.
6. "Manual de Enfermería en Cuidados Críticos" de María José Martínez Albaracín y otros autores.

Capítulo 586

EL USO DE CITOSTÁTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. PAPEL DE ENFERMERÍA

ISABEL ILLANA LÓPEZ

FRANCISCO JAVIER CASTRO BARRIOS

PATRICIA BLANCO ESTEBAN

NATALIA HONRADO GIRON

MIGUEL ÁNGEL PEINADO MUÑOZ

1 Introducción

La utilización de citostáticos en atención primaria es un tema de creciente relevancia en la actualidad, ya que cada vez más pacientes requieren de estos medicamentos para el tratamiento de diversas enfermedades, especialmente el cáncer. En este contexto, el papel de enfermería desempeña un rol fundamental en la administración y seguimiento de los citostáticos, contribuyendo de manera significativa al cuidado integral de los pacientes.

Los citostáticos, también conocidos como quimioterapia, son fármacos diseñados para interferir en la proliferación y crecimiento de las células malignas, deteniendo su capacidad de división y, en última instancia, erradicando el cáncer. Sin embargo, estos agentes no son específicos y pueden afectar también a células

sanas, lo que conlleva la aparición de efectos adversos que requieren una monitorización y manejo adecuado.

En atención primaria, los enfermeros y enfermeras desempeñan un papel clave en la preparación y administración de citostáticos, asegurando que se sigan los protocolos de seguridad y las pautas de tratamiento establecidas por los oncólogos. Además, su labor se extiende más allá de la simple aplicación de medicamentos, ya que incluye la evaluación de la respuesta del paciente al tratamiento, la gestión de los efectos secundarios, la educación del paciente y su familia sobre los cuidados necesarios, así como la promoción de la adherencia terapéutica.

Atención primaria se encuentra en una posición estratégica para brindar un enfoque más holístico en la atención de pacientes con cáncer que requieren citostáticos. Esto implica una coordinación estrecha con otros profesionales de la salud, como oncólogos, radioterapeutas y psicólogos, para asegurar que los pacientes reciban un tratamiento integral que aborde tanto los aspectos médicos como los emocionales y psicosociales.

En este contexto, esta introducción larga busca destacar la importancia de la labor de enfermería en el uso de citostáticos en atención primaria, subrayando su papel fundamental en la atención de pacientes oncológicos y resaltando la necesidad de una formación especializada y continua para brindar el mejor cuidado posible en esta área de la medicina. A lo largo de este artículo, explicaremos en detalle las responsabilidades y desafíos que enfrentan los enfermeros y enfermeras en este contexto, así como los beneficios que su experiencia aporta a los pacientes y al sistema de atención de salud en su conjunto.

2 Objetivos

- Destacar la necesidad de seguir protocolos rigurosos para garantizar la seguridad de los pacientes y del personal de salud involucrado en la administración de citostáticos.
- Examinar cómo los enfermeros pueden desempeñar un papel crucial al educar a los pacientes sobre su tratamiento con citostáticos, sus efectos secundarios y la importancia de la adherencia al tratamiento.

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

El uso de citostáticos en atención primaria es una práctica que requiere una gestión cuidadosa y un enfoque interdisciplinario. Los citostáticos son medicamentos que se utilizan para tratar diversas enfermedades, incluyendo el cáncer. Su administración y manejo en atención primaria pueden ser responsabilidad de un equipo de atención médica que incluye médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud. En el caso de la enfermería, su papel es esencial en el proceso de administración y seguimiento de estos medicamentos. A continuación, se presentan algunos aspectos relevantes sobre el uso de citostáticos en atención primaria y el papel de enfermería:

1. **Administración segura:** La administración de citostáticos debe llevarse a cabo siguiendo estrictos protocolos de seguridad. Las enfermeras deben estar capacitadas en la preparación y administración de estos medicamentos, teniendo en cuenta las precauciones necesarias para evitar la exposición a estos productos químicos peligrosos.
2. **Educación al paciente:** Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la educación de los pacientes que reciben tratamientos con citostáticos. Esto incluye proporcionar información sobre los posibles efectos secundarios, la adherencia al tratamiento y las medidas de seguridad en el hogar.
3. **Monitorización de efectos secundarios:** Las enfermeras deben vigilar de cerca a los pacientes que reciben citostáticos para detectar cualquier efecto secundario o reacción adversa. Deben estar preparadas para tomar medidas inmediatas en caso de que se produzcan problemas.
4. **Coordinación del cuidado:** En atención primaria, es importante que las enfermeras trabajen en estrecha colaboración con otros miembros del equipo de atención médica, como médicos, farmacéuticos y trabajadores sociales, para garantizar una atención integral y coordinada para los pacientes que reciben tratamientos con citostáticos.
5. **Apoyo emocional:** Los pacientes que reciben citostáticos pueden experimentar estrés emocional y ansiedad debido a los efectos secundarios y la naturaleza de su enfermedad. Las enfermeras desempeñan un papel importante en brindar apoyo emocional y psicológico a los pacientes y sus familias.
6. **Cumplimiento del tratamiento:** Las enfermeras pueden desempeñar un papel crucial en el fomento del cumplimiento del tratamiento por parte de los pa-

cientes, recordándoles la importancia de seguir las pautas de administración de los citostáticos y ayudándoles a abordar cualquier preocupación o barrera que puedan tener.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el uso de citostáticos en atención primaria es una práctica médica compleja que requiere una gestión integral y cuidadosa para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes. El papel de enfermería desempeña un papel crítico en este proceso, ya que abarca diversas responsabilidades que van desde la administración segura de los medicamentos hasta el apoyo emocional y educación al paciente.

La administración segura de citostáticos es esencial debido a la naturaleza potencialmente peligrosa de estos medicamentos. Las enfermeras deben estar debidamente capacitadas y seguir protocolos rigurosos para evitar la exposición a estos productos químicos y garantizar que se administren de manera precisa y segura. Esto incluye la manipulación adecuada de los medicamentos, la verificación de las dosis y la monitorización constante durante y después de la administración. La educación al paciente es otro aspecto fundamental del papel de enfermería en el uso de citostáticos. Los pacientes que reciben estos tratamientos a menudo enfrentan un alto nivel de estrés y ansiedad debido a su diagnóstico y a los posibles efectos secundarios. Las enfermeras deben proporcionar información clara y comprensible sobre el tratamiento, los efectos secundarios esperados y las medidas de seguridad en el hogar. Esta educación empodera a los pacientes y les ayuda a tomar decisiones informadas sobre su atención.

La monitorización de efectos secundarios es una responsabilidad continua de las enfermeras. Los citostáticos pueden causar una variedad de efectos secundarios, desde náuseas y fatiga hasta problemas más graves. Las enfermeras deben estar alerta para detectar cualquier signo de reacción adversa y tomar medidas adecuadas para mitigar los efectos secundarios y garantizar la comodidad del paciente.

La coordinación del cuidado es esencial en atención primaria, donde múltiples profesionales de la salud pueden estar involucrados en la atención de un paciente. Las enfermeras deben colaborar estrechamente con médicos, farmacéuticos y otros miembros del equipo para garantizar que la atención sea integral y que se aborden todas las necesidades del paciente de manera efectiva.

Además de las responsabilidades técnicas y clínicas, las enfermeras también desempeñan un papel fundamental en el apoyo emocional de los pacientes y sus

familias. El tratamiento con citostáticos puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, y las enfermeras brindan apoyo psicológico, escucha activa y asesoramiento para ayudar a los pacientes a enfrentar los desafíos emocionales que pueden surgir.

6 Bibliografía

1. "Enfermería Oncológica" de Carmen Salvador Cremades y colaboradores.
2. "Farmacología en enfermería: casos clínicos" de Josephine A. Moreau y colaboradores.
3. "Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica" de Sharon L. Lewis y colaboradores.
4. "Manual de Enfermería en Cuidados Paliativos" de Carmen María Rueda López y colaboradores.